UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON I

Année 1981 - N° 188

LES PÉRITONITES POST-OPÉRATOIRES AIGUES GÉNÉRALISÉES

(à propos de 62 cas)

THÈSE

présentée

à l'université Claude Bernard - LYON I
U.E.R. Faculté de Médecine Alexis Carrel
et soutenue publiquement le 29 mai 1981
pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Michel FABRE
né le 31 Juillet 1954
à ALGER (Algérie)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

Année 198[illegible] - N°[illegible]

LES PERITONITES POST-OPERATOIRES [illegible]

(A PROPOS DE 62 CAS)

THESE

présentée

à l'Université Claude Bernard - Lyon I

U.E.R. Faculté de Médecine [illegible]

et soutenue publiquement le [illegible] mai 198[illegible]

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

[illegible]

né le [illegible] juillet 19[illegible]

à [illegible]

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

ANNEE 1981 - N°188

LES PERITONITES POST-OPERATOIRES AIGUES GENERALISEES
(A PROPOS DE 62 CAS)

THESE

présentée

à l'université Claude Bernard - LYON I

U.E.R. Faculté de Médecine Alexis Carrel

et soutenue publiquement le 29 mai 1981

pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

PAR

FABRE JEAN-MICHEL

NÉ LE 31 JUILLET 1954

À ALGER (ALGERIE)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ : PROFESSEUR L. DAVID

PREMIER VICE-PRÉSIDENT : PROFESSEUR R. MORNEX

DEUXIÈME VICE-PRÉSIDENT : MME A. VARAGNAT (MAÎTRE ASSISTANTE)

TROISIÈME VICE-PRÉSIDENT : M. M. DUGNAT

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : M. M. MARIANI

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE ET LEUR DIRECTEUR

ALEXIS CARREL - PROFESSEUR R. MORNEX

GRANGE BLANCHE - PROFESSEUR P. ZECH

LYON NORD - DOCTEUR Y. MINAIRE (MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ)

LYON SUD - PROFESSEUR J. NORMAND

BIOLOGIE HUMAINE - DOCTEUR J.-P. REVILLARD (MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ)

TECHNIQUES DE READAPTATION - PROFESSEUR A. MORGON

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - PROFESSEUR C. A. BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - PROFESSEUR J. PARRET

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE - M. A. MILLON

MATHEMATIQUES - PROFESSEUR P. PICARD

PHYSIQUE - PROFESSEUR J. DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE - MADAME A. VARAGNAT (MAÎTRE ASSISTANTE)

SCIENCES DE LA NATURE - PROFESSEUR Y. LEMOIGNE

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - MLE LE PROFESSEUR JEANNE-FRANÇOISE WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°1 - PROFESSEUR VILLE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°2 - PROFESSEUR GALLET
DIRECTEUR ENSAM

OBSERVATOIRE - M. GUY MONNET (ASTRONOME ADJOINT)

PHYSIQUE NUCLEAIRE - PROFESSEUR M. GUSAKOW

U.E.R. DE MECANIQUE - PROFESSEUR GENEVIÈVE COMTE-BELLOT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544715_0033

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT DE LA FACULTE ALEXIS CARREL

PREMIER CYCLE :

ANATOMIE : Monsieur le Professeur Alain BOUCHET

HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE-BIOLOGIE :
Monsieur le Professeur Christian GIROD

CHIMIE-BIOCHIMIE-STRUCTURALE : Monsieur le Docteur Claude NOFRE -
Maître de Conférences Agrégé

BIOCHIMIE MEDICALE : Monsieur le Professeur Jean-André BERTRAND

MATHEMATIQUES-STATISTIQUES : Monsieur le Professeur Jean SITE

PHYSIOLOGIE : Monsieur le Professeur Michel PELLET
Monsieur le Docteur Michel SCHMITT - Maître de Conférences Agrégé

PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE : Monsieur le Professeur Michel BERGER

PHYSIOLOGIE MEDICALE : Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT

SCIENCES SOCIALES ET ECONOMIE MEDICALE : Monsieur le Professeur Louis ROCHE

DEUXIEME CYCLE :

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : Monsieur le Professeur Michel TOMMASI
Monsieur le Docteur Robert LOIRE - Maître de Conférences Agrégé

BACTERIOLOGIE : Monsieur le Professeur Jean FLEURETTE

CANCEROLOGIE : Madame le Docteur CHEIX

CARDIOLOGIE : Monsieur le Professeur Jean-Pierre DELAHAYE
Monsieur le Docteur Jacques BEAUNE - Maître de Conférences Agrégé

CHIRURGIE CARDIAQUE : Monsieur le Docteur Gérard CHAMPSAUR -
Maître de Conférences Agrégé

CHIRURGIE DIGESTIVE : Monsieur le Professeur Paul MAILLET

CHIRURGIE INFANTILE : Monsieur le Docteur Maurice DAUDET - Maître de Conférences Agrégé

CHIRURGIE OSSEUSE-ORTHOPEDIQUE : Monsieur le Professeur Georges de MOURGUES
Monsieur le Professeur Jean-Jacques COMTET

CHIRURGIE VASCULAIRE : Monsieur le Professeur Jacques DESCOTES

DERMATOLOGIE : Monsieur le Docteur PERROT - Maître de Conférences Agrégé

ENDOCRINOLOGIE ET NUTRITION : Monsieur le Docteur François BERTHEZENE
Maître de Conférences Agrégé

...

GASTRO-ENTEROLOGIE : Monsieur le Docteur Louis DESCOS -
Maître de Conférences Agrégé

Monsieur le Docteur Jean-Alain CHAYVIALLE -
Maître de Conférences Agrégé

GENETIQUE GENERALE : Monsieur le Docteur Michel HERMIER

GYNECOLOGIE : Monsieur le Professeur Yves ROCHET
Monsieur le Docteur Alain BREMOND - Maître de Conférences Agrégé

HEMATOLOGIE : Monsieur le Professeur Jean-Jacques VIALA

HEMOBIOLOGIE : Monsieur le Docteur DECHAVANNE - Maître de Conférences Agrégé

HYGIENE : Monsieur le Docteur Jean-CLaude MONIER - Maître de Conférences Agrégé

MALADIES INFECTIEUSES : Monsieur Maurice GIROUD - Professeur Agrégé du VAL de GRACE

MEDECINE EXPERIMENTALE : Monsieur le Professeur René MORNEX

MEDECINE LEGALE : Monsieur le Professeur Louis ROCHE
Monsieur le Docteur Jean-Marc ROUZIOUX - Maître de Conférences Agrégé

MEDECINE DU TRAVAIL : Monsieur le Professeur Jacques BOURRET

NEPHROLOGIE : Monsieur le Professeur Bernard FRANCOIS

NEURO-CHIRURGIE : Monsieur le Docteur Georges FISCHER - Maître de Conférences Agrégé
Monsieur le Docteur Robert DERUTY - Maître de Conférences Agrégé

NEUROLOGIE : Monsieur le Professeur Michel DEVIC
Monsieur le Docteur Paul TROUILLAS - Maitre de Conférences Agrégé

OBSTETRIQUE : Monsieur le Professeur René GARMIER

OPHTALMOLOGIE : Monsieur le Professeur Maurice PAUPERT-RAVAULT

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE : Monsieur le Professeur Henri MARTIN

PARASITOLOGIE : Mademoiselle le Docteur Madeleine MOJON - Maître de Conférences Agrégé

PEDIATRIE : Monsieur le Professeur René FRANCOIS
Monsieur le Docteur Louis DAVID - Maître de Conférences Agrégé

PHARMACOLOGIE : Monsieur le Docteur Jean-Claude EVREUX - Maître de Conférences Agrégé

PNEUMO-PHTISIOLOGIE : Monsieur le Professeur Roger TOURAINE
Monsieur le Docteur Jean-Pierre BERNARD -
Maître de Conférences Agrégé

PSYCHOLOGIE : Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT
Monsieur le Docteur Michel MARIE-CARDINE - Maître de Conférences Agrégé

RADIOLOGIE : Monsieur le Professeur Edouard PINET
Monsieur le Docteur Pierre BUFFARD - Maître de Conférences Agrégé
Monsieur le Professeur CHOLLAT

...

RHUMATOLOGIE : Monsieur le Professeur Pierre MEUNIER

SEMIOLOGIE CHIRURGICALE : Monsieur le Professeur Jacques VIGNAL

SEMIOLOGIE MEDICALE : Monsieur le Docteur Jacques ORGIAZZI - Maître de Conférences Agrégé

STOMATOLOGIE : Monsieur le Professeur Pierre DUMAS

THERAPEUTIQUE, REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE : Monsieur le Docteur Michel EYSSETTE - Maître de Conférences Agrégé

TRAUMATOLOGIE-CHIRURGIE GENERALE : Monsieur le Professeur Georges SPAY - Monsieur le Docteur Etienne TISSOT - Maîtres de Conférences Agrégés

URGENCE-REANIMATION : Monsieur le Professeur Raymond DELEUZE
Madame le Professeur Suzanne ESTANOVE

0°0°0°0°0

LES PÉRITONITES POST-OPÉRATOIRES AIGUES GÉNÉRALISÉES

(A PROPOS DE 62 CAS)

°0°

Membres du jury :

Président : Professeur NEIDHARDT

Assesseurs : Docteur BOULETREAU (Maître de Conférences Agrégé)

Docteur MORIN (Maître de Conférences Agrégé)

Docteur TISSOT (Maître de Conférences Agrégé)

Invité : Docteur GUELPA

Nous remercions pour leur collaboration à l'élaboration de cette thèse :

. Le Professeur NEIDHARDT,
. Le Professeur Agrégé BOULETREAU,
. Le Docteur GUELPA.

PLAN

INTRODUCTION .... page 4
DEFINITION - LIMITES DU SUJET .... page 5
OBSERVATIONS .... page 7

CHAPITRE I - DONNEES ETIOLOGIQUES .... page 121

I - FREQUENCE .... page 122
II - AGE - SEXE .... page 122
III - ETIOLOGIE GEOGRAPHIQUE .... page 126
IV - ANTECEDENTS .... page 126
V - ETIOLOGIE D'ORGANE .... page 129
VI - L'INTERVENTION INITIALE .... page 134

CHAPITRE II - PATHOGENIE LOCALE .... page 140

I - CAUSES DE LA P.P.O. .... page 141
II - ETAT PERITONEAL .... page 148
III - PHYSIOPATHOLOGIE DES P.P.O. ..... page 148

CHAPITRE III - DONNEES CLINIQUES .... page 151

I - SIGNES GENERAUX .... page 152
II - SIGNES FONTIONNELS .... page 156
III - GROUPEMENTS SYMPTOMATIQUES ...... page 157
IV - SIGNES PHYSIQUES LOCAUX .... page 159
V - EXAMENS PARACLINIQUES .... page 162
VI - EXAMENS BIOLOGIQUES .... page 164

CHAPITRE IV - DIAGNOSTIC DE LA P.P.O. .... page 171

I - DIAGNOSTIC POSITIF .... page 172
II - PREMIER SIGNE ANORMAL .... page 172
III - LE RETARD AU DIAGNOSTIC .... page 180

...

CHAPITRE V - DONNÉES ÉVOLUTIVES .... page 184

I - EVOLUTION GLOBALE .... page 185
II - LES RECIDIVES DES PERITONITES .... page 185
III - EVOLUTION SELON L'ORGANE........... page 189
IV - EVOLUTION DES ANASTOMOSES ET SUTURES DIGESTIVES EN MILIEU SEPTIQUE .... page 191
V - EVALUATION DU PRONOSTIC .... page 198

CHAPITRE VI - BACTÉRIOLOGIE .... page 203

CHAPITRE VII - LE TRAITEMENT .... page 222

I - LE TRAITEMENT CHIRURGICAL .... page 223
II - LE TRAITEMENT MEDICAL.............. page 237
III - PROCES........................... page 242
IV - PERSPECTIVES D'AVENIR.............. page 242

CONCLUSIONS .... page 245
BIBLIOGRAPHIE .... page 250

SOMMAIRE DETAILLE .... page 255

°0°

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La péritonite post-opératoire aiguë généralisée est une complication redoutable pour le malade, pour le chirurgien et pour le réanimateur. Le pronostic est toujours aussi effroyable avec 68 % de décès dans notre série de 62 cas alors que dans la série de ROUSSON (35) la mortalité était de 73 %.

Le chirurgien et le réanimateur vont se trouver face à des problèmes thérapeutiques difficiles à résoudre. Nous verrons que le premier problème à résoudre devant un opéré "qui ne va pas bien" est celui de faire le diagnostic positif de la péritonite post-opératoire ; ensuite le chirurgien devra décider d'une tactique opératoire adaptée à la situation ; le réanimateur devra enfin résoudre tous les problèmes du phénomène infectieux et de correction des troubles métaboliques que présentent les malades.

Nous allons essayer d'analyser les dossiers présentés pour dégager une attitude diagnostique et thérapeutique qui pourrait améliorer le pronostic de cette complication chirurgicale particulière.

°0°

Définition - limites du sujet

I - Définition

Nous nous proposons de poursuivre l'étude commencée en 1977 par B. ROUSSON (35). Nous reprendrons donc les mêmes critères de sélection des malades et son plan d'analyse pour avoir une série homogène et comparable avec la sienne. Nous avons donc éliminé les péritonites localisées pour ne conserver que les péritonites aigues généralisées post-opératoires.

La péritonite aigue : Elle est définie par GROSDIDIER (15) comme une inflammation aigue du péritoine mettant en jeu la vie du malade.

La péritonite aigue généralisée post-opératoire : Il s'agit de péritonites diffusantes, comportant un épanchement péritonéal, qui peuvent être rattachées à une intervention primitive avec des conditions de temps et des relations causales évidentes et plausibles.

Contrairement à ROUSSON, nous n'avons pas de péritonite après chirurgie extra-abdominale, elles sont toutes survenues après une chirurgie abdominale incluant l'urologie et la gynécologie.

II - Limites du sujet

Nous envisageons donc des péritonites septiques et généralisées.

Nous éliminons :

1) LES REACTIONS PERITONEALES NON SEPTIQUES :

- ascite,
- réaction à corps étrangers (poudre de gants),
- les pancréatites post-opératoires isolées et non surinfectées.

...

2) LES PERITONITES SEPTIQUES CLOISONNEES :

- les abcès post-opératoires cloisonnés ne diffusant pas dans la cavité péritonéale (abcès du Douglas ou sous-phrénique isolés) n'ont pas été sélectionnés,
- les fistules organisées.

Nous avons conservé les péritonites post-opératoires à abcès multiples qui sont le témoin d'une généralisation à tout le péritoine d'un phénomène infectieux qui au départ était local.

Nous avons au total 62 cas de péritonites post-opératoires généralisées traitées par la même équipe chirurgicale.

°0°

OBSERVATIONS

LES OBSERVATIONS

Les cas présentés dans la thèse de ROUSSON s'arrêtent au 30 juin 1977, nous avons donc sélectionné les dossiers allant du 01 juillet 1977 au 31 décembre 1980.

Les observations proviennent de l'Hôpital Edouard HERRIOT (H.E.H.) à LYON :

- du service des urgences chirurgicales, Professeur H. LIARAS puis Docteur M. POUYET et Professeur J. H. NEIDHARDT : Pavillon A qui s'appellera Pavillon G en 1979.

- des services de réanimation de Monsieur le Professeur MOTIN (Professeur Agrégé BOULETREAU) - Pavillon A réanimation appelé G réanimation en 1979 et Pavillon N réanimation.

Ces malades ont été suivis et traités par l'équipe du Professeur NEIDHARDT qui a personnellement réopéré de nombreux malades après s'être "spécialisé" dans ce genre de problème chirurgical bien particulier.

Nous avons également sélectionné deux malades opérés à la Clinique de la Sauvegarde à Lyon par le Docteur G. GUELPA, qui en tant qu'ancien membre de cette équipe chirurgicale applique les mêmes principes thérapeutiques.

Plus de la moitié de ces malades ont été suivis "en seconde main" et proviennent de plusieurs départements des régions Centre-Est et Sud-Est, un malade vient d'Algérie.

Nous allons dans un premier temps exposer un résumé des observations avec à la fin de chacune d'elles une petite conclusion. La lecture de ces résumés cliniques permettra à chacun de se rendre compte des problèmes diagnostics et thérapeutiques qu'ont posés ces malades. Dans un deuxième temps, nous analyserons les dossiers de façon détaillée.

...

Remarque : Le terme de "SCHNORCHEL" employé dans quelques observations désigne le procédé (mis au point par le Professeur NEIDHARDT) de la "jupe plastique" permettant le drainage et l'irrigation à péritoine ouvert de la cavité abdominale.

Il s'agit d'un terme employé familièrement dans le service (par analogie au tube respiratoire des sous-marins allemands). COMTE (5) dans sa thèse donne à ce procédé le nom de COELIOSTOMIE.

Observation n°1

CHA... Claudie, 52 ans - A réa n°10825 - 1977

ANTECEDENTS : obésité, cirrhotique, hystérectomie + annexectomie en 1976.

CURE D'EVENTRATION SUS-OMBILICALE : le 10/08/77 à H.E.H., au 6ème jour post-opératoire apparition d'une hyperthermie avec météorisme abdominal et niveaux liquides sur l'abdomen sans préparation, un transit à la gastrografine montre une image de stop au niveau de la jonction iléo-coecale.

LAPAROTOMIE au Pavillon A le 16/08/77 : hématome des épiploons réalisant une striction colique. Réalisation d'une caecostomie sur sonde de Pezzer, lavage à la Bétadine, constatation d'un foie de cirrhose. Drainage par une lame vers le coecum et un drain de Saratoga sus-hépatique. La paroi est refermée en un plan au bronze.

La malade est reprise quelques heures plus tard pour une hémorragie artérielle de la paroi qui est aiguillée au bloc.

Dans les suites : hyperthermie, choc septique, les hémocultures sont positives (staphylocoque doré).

REINTERVENTION le 20/08/77. Il existe une infection pariétale nécessitant la mise en place d'un Schnorchel (voir page 234).

REINTERVENTION le 23/08/77. La caecostomie déhiscente est transformée en anus iliaque, le péritoine est souillé par du pus fétide. Lavage abdominal soigneux. 4 ampoules de Noxyflex* sont laissées dans la cavité péritonéale.

Dans les suites : dégradation de l'état général par décompensation ictéro-ascitique avec prothrombine à 36 %. Décès le lendemain par hémorragie intra-abdominale.

Donc, péritonite par déhiscence d'une caecostomie réalisée à la suite d'une striction colique par hématome des épiploons. Décompensation d'une cirrhose connue entraînant le décès rapidement par hémorragie intra-abdominale.

OBSERVATION N°2

FAU... Léontine, 68 ans - A réa n°10959 - 1977

ANTECEDENTS : Tumorectomie du sein gauche en 1962, cholecystectomie en 1970, Appendicectomie en 1971.

HYSTERECTOMIE PAR VOIE VAGINALE : le 04/10/77 dans une clinique lyonnaise.

Dans les suites : hématémeses à répétition sous antivitamines K.

REINTERVENTION le 08/10/77 : Suture d'un ulcère du bulbe, pyloroplastie, vagotomie tronculaire.

La malade est mutée 4 jours plus tard en réanimation au Pavillon A pour une agitation avec délire, une hyperthermie à 40°C, déshydratation intra-cellulaire, polypnée. Le 14/10/77 apparition d'une défense abdominale avec écoulement de pus par une tuile sortant par la médiane.

LAPAROTOMIE ITERATIVE au Pavillon A : Péritonite sous-mésocolique à liquide purulent sans cause, l'étage sus-mésocolique est épargné car la cholecystectomie ancienne a entraîné un cloisonnement à son niveau. Lavage péritonéal, méchage du vagin - siège d'un écoulement putride, fermeture cutanée en un plan après drainage abdominal multiple aspiratif.

Suites : normothermie, diminution des phénomènes septiques puis au 6ème jour post-opératoire arrêts cardiaques à plusieurs reprises, mélénas, le ventre est douloureux mais souple, la tension chute à 6, la sonde gastrique ramène un liquide fécaloïde, la reprise chirurgicale est impossible.

Spontanément l'état général s'améliore au mois de novembre et la malade est mutée dans une clinique lyonnaise le 12/11/77.

Trois semaines plus tard, des hémorragies digestives font pratiquer une gastroscopie qui montre un ulcère sous cardial. La malade est traitée par Tagamet Maalox mais le 06/12/77 elle est mutée à nouveau en réanimation en état de choc hypovolémique. Tension à 5 par hématémeses et mélénas de sang rouge. Devant une tension artérielle imprenable, la reprise chirurgicale est décidée le 07/12/77. Gastrectomie des 2/3 de type polya pour un ulcère duodénal.

...

Deux jours plus tard, extériorisation d'une fistule duodénale ; au 6ème jour post-opératoire aggravation biologique, respiratoire ; 13ème jour post-opératoire apparition de pus par la médiane, mélénas le lendemain (21/12/77), choc, issue de sang par la médiane et par la fistule. L'état général catastrophique exclut une éventuelle reprise chirurgicale.

Décès le 22/12/77 dans un état de choc septique avec péritonite par lâchage des sutures digestives.

Donc, dans les suites d'une hystérectomie par voie vaginale :

Péritonite sans cause anatomique guérissant malgré un état général précaire.
Nouvelle péritonite un mois plus tard par désunion d'une G.E.A. de type Polya effectuée pour ulcère duodénal avec choc hypovolémique gravissime.
Décès rapide par choc septique, toute reprise chirurgicale étant exclue.

Observation n°3

FEG... Raymond, 51 ans - A réa n°10826 - A n°1164 - 1977

Invalide ayant arrêté son traitement psychiatrique depuis une quinzaine de jours avec désir intense d'autolyse se concrètisant le 16/08/77 par l'ingestion d'un verre d'alcali et par un coup de couteau à la base thoracique gauche.

LAPAROTOMIE à la garde du Pavillon A pour splénectomie et thoracotomie pour une tanponnade. Dans le même temps, une gastroscopie sous anesthésie générale montre d'importantes lésions muqueuses de l'estomac et de l'oesophage à traiter chirurgicalement dans les jours suivants.

LAPAROTOMIE MEDIANE SUS-OMBILICALE : le 18/08/77 qui montre un estomac entièrement nécrosé nécessitant une gastrectomie totale puis une jéjunostomie d'alimentation sur une anse longue en Y avec anastomose jéjuno-iléale termino-latérale en deux plans. Drainage au contact de l'anastomose, du Douglas, de la loge splénique et du flanc droit. Thoracotomie dans un deuxième temps pour une oesophagectomie avec oesophagostomie cervicale terminale gauche, drainage du médiastin par deux drains de Eischmann.

Dans les suites : surinfection pariétale de la thoracotomie, insuffisance rénale (urée à 2,66 g/l) et respiratoire par surinfection pulmonaire à levures. Le 01/09/77 état de choc septique et extériorisation de liquide digestif par la médiane.

COELIOTOMIE ITERATIVE : Péritonite par désunion de l'anastomose termino-latérale entre l'anse montée en Y et le grêle. Refection de l'anastomose, lavage péritonéal. Mise en place de redons pour lavage continu à la Bétadine. Fermeture de la paroi en monoplan.

Amélioration immédiate de l'état rénal et respiratoire mais décès 24 heures plus tard par choc cardiogénique irrécupérable avec anurie.

Donc, nécrose de l'estomac et de l'oesophage par ingestion volontaire d'alcali. Péritonite par désunion d'une anastomose jéjuno-iléale sur jéjunostomie d'alimentation. Décès rapide à la suite d'un choc cardiogénique irrécupérable.

Observation n°4

HUG... Jacky, 23 ans - A réa n°10987 - A n°1464 - 1977

Jeune homme de 23 ans opéré le 05/10/77 dans une clinique de Pierrelatte d'une appendicite aigue avec appendice rétrocoecal gangréné. Puis le 10/10/77 tableau de péritonite du 5ème jour :

LAPAROTOMIE MEDIANE SOUS-OMBILICALE : pas de cause anatomique, toilette péritonéale.

Dans les suites : état fébrile permanent avec diminution de l'état généralet sub-ictère amenant sa mutation à Lyon au Pavillon A le 21/10. L'examen montre une masse épigastrique douloureuse. Sur l'abdomen sans préparation la présence de bulles gazeuses fait penser à un abcès péri ou centrohépatique. La reprise chirurgicale est impérative, d'autant plus que le passage de la sonde gastrique dans l'estomac est suivi d'un affaissement de la masse épigastrique avec irruption d'un flot de pus par la sonde.

COELIOTOMIE SUS-OMBILICALE prolongeant l'ouverture sous-ombilicale. L'exploration abdominale montre une péritonite à abcès multiples : un abcès antérieur interpariétohépatique fistulisé dans l'estomac à la face antérieure de l'antre (il correspondait donc à la masse épigastrique qui s'est affaissée), deux abcès sous-phréniques gauches,un sous-hépatique, deux abcès sous-phréniques droits,un abcès du Douglas et un autre à la partie haute de l'arrière cavité des épiploons. Suture de la plaie gastrique. Toilette abdominale, mise en place d'un drainage multiple aspiratif associant des drains de Saratoga et des lames au niveau des coupoles, du Douglas, dans l'arrière cavité des épiploons et en sous-hépatique où un drain de redon permettra un lavage continu au Noxyflex*. La paroi est fermée sur une lame multitubulée, peau ouverte.

Six jours plus tard, le malade est muté en réanimation. Il existe un état septique grave avec acidose, anémie, hyponatrémie, hypoprotidémie, hyperleucocytose, la température est à 38°5 C, le ventre est tendu, douloureux, du pus coule par les Saratoga droit et gauche, puis le 1er novembre il présente une hémorragie gastrique massive.

LAPAROTOMIE ITERATIVE : Il existe à la paroi postérieure de l'estomac une ulcération avec érosion de l'artère splénique qui saigne dans l'estomac. L'exploration abdominale permet de découvrir une désunion de la suture gastrique et une poche purulente dans l'arrière cavité des épiploons, splénectomie, suture de la perforation gastrique,

...

refection de la suture gastrique antérieure, drainage de la loge splénique, de l'arrière cavité des épiploons, sous-hépatique. Mise en place d'un Schnorchel le 4 novembre, il existe du pus abdominal qui est lavé au Noxyflex*, pas de désunion des sutures gastriques, drainage des coupoles par deux Saratoga plus lames.

Dans les suites : abcès du Douglas, fistule de l'angle gauche du colon, fistules des sutures gastriques.

Le malade sort de l'hôpital le 28 avril 1978. La médiane ne sera cicatrisée qu'en octobre 1978.

Donc, péritonite du 5ème jour non drainée après appendicectomie se compliquant de localisations septiques intra-abdominales multiples avec fistulisation d'un abcès péri-hépatique dans l'estomac. Guérison malgré la perforation d'une ulcération à la face postérieure de l'estomac érodant l'artère splénique. Une fistule colique et des fistules gastriques retarderont la sortie du malade qui se fera environ sept mois après son admission en clinique pour appendicectomie !

Observation n°5

MAN... Louise, 30 ans - A réa n°10920 - 1977

Jeune femme de 30 ans sans antécédent connu, admise en urgence le 05/09/77 à la garde du pavillon A pour de violentes douleurs abdominales sous-ombilicales. L'intervention permet de découvrir une pancréatite oedémateuse diffuse. Gastrostomie avec cholecystostomie.

Dans les suites : apparition d'une température oscillante dont l'origine est indéterminée et d'une pleurésie à liquide clair (avec augmentation des amylases) puis hémorragique.

REPRISE CHIRURGICALE le 11ème jour post-opératoire pour une hémorragie extériorisée par la sonde de la gastrostomie. Ablation de celle-ci qui avait ulcéré la petite courbure gastrique.

La malade est mutée en réanimation le 28/09/77 en état de choc septique avec acidose, azotémie élevée, épanchement pleural gauche. Le jour même apparition de liquide gastrique par la médiane (qui est purulente à sa partie supérieure).

LAPARATOMIE MEDIANE ITERATIVE : Constatation d'une gastrostomie béante dans le péritoine, la gastrectomie est impossible, on réalise donc une suture secondaire de la gastrostomie avec également séquestrectomie pancréatique car il existe un abcès de la loge qui est drainé par un Saratoga et une mèche. Fermeture cutanée par un point de fil métallique.

Le lendemain, choc avec tension artérielle à 6, la température monte à 39°5 C. Mise en place le 30 septembre d'un système d'irrigation lavage continu du péritoine (4 litres de sérum physiologique par jour avec 2 ampoules de Noxyflex* par litre de lavage).

L'amélioration de la malade est de courte durée et le 4 octobre, hyperthermie à 40° C. Le lendemain choc septique avec image de pneumopathie bilatérale, chute de la température à 36° C et 2 000 globules blancs sur la numération formule ; extériorisation de liquide putride par la médiane.

LAPAROTOMIE ITERATIVE : la suture gastrique a lâché, présence d'un mélange de pus, de sang et de liquide digestif dans l'arrière cavité des épiploons, lavage de la région, refection de la suture gastrique en 2 plans. Drainage aspiratif, lavage

...

continu au sérum + Noxyflex* par un redon, 2 points de rapprochement.

Deux jours plus tard, hyperthermie à 39° C, bradycardie gravissime avec tension imprenable récupérée par Isuprel + Dopamine.

Le lendemain, nouvel épisode de bradycardie, ischémie myocardique, chute de la tension à 4, arrêt cardiaque irrécupérable.

Donc, malade de 30 ans opérée pour des douleurs abdominales dont la cause est une pancréatite oedémateuse diffuse, on pratique une gastrostomie dont la désunion à deux reprises est à l'origine d'une péritonite secondaire traitée par lavages continus au Noxyflex*. Décès par arrêt cardiaque un mois après la première intervention.

Observation n°6

NEA... Roger, 53 ans - A réa n°10994 - A n°1163 - 1977

Ce malade est opéré à Bourgoin (Isère) d'un cancer du colon descendant, le 27/09/77. On pratique une hémicolectomie gauche, la libération de l'angle gauche a été très difficile, anastomose colique termino-terminale immédiate. Au 7ème jour post-opératoire, apparition d'une fistule stercorale avec déséquilibre ionique sanguin.

Le 23 octobre, altération de l'état de conscience puis coma, anurie, écoulement purulent par les drains à gauche, insuffisance respiratoire nécessitant l'intubation et la ventilation assistée. Le malade est muté en réanimation à Lyon, le 26 octobre.

LAPARATOMIE MEDIANE : le 27 octobre, constatation d'une péritonite et d'une fistule à la face postérieure de l'anastomose colique avec un autre orifice de fistule 5 cm en-dessous de l'anastomose. Vastes collections purulentes du Douglas, sous-diaphragmatique gauche englobant la rate, la queue du pancréas, la grande courbure gastrique et la partie supérieure du colon transverse. Splénectomie, resection du colon 15 cm de part et d'autre de l'anastomose, anus transverse d'amont et fermeture du bout distal du colon. Lavage péritonéal soigneux. Drainage par 2 Saratoga et 2 lames.

Dans les suites : la diurèse reprend, la température diminue mais au 2ème jour post-opératoire, apparition d'un choc septique gravissime, l'urée monte à 3 g/l.

Décès au 4ème jour post-opératoire par choc septique.

Donc, péritonite par désunion d'une anastomose colique un mois après une hémicolectomie gauche pour cancer du colon descendant. Décès par choc septique au 4ème jour post-opératoire.

Observation n°7

PLAN... Michel, 31 ans - A réa n°11040 - 1977

Ethylique connu hospitalisé le 12/11/77 à l'hôpital Jules Cournont pour hématémèses (supérieures à 2 litres) et mélénas nécessitant une transfusion massive. Il est opéré le jour même, la gastroscopie ayant montré une gastrite diffuse avec ulcérations multiples. Il subit une vagotomie tronculaire bilatérale avec refection de l'angle de His. Gastrectomie verticale haute, pyloroplastie emportant un petit ulcère à la face antérieure du versant duodénal du pylore. Anastomose oeso-jéjunale sur anse en oméga avec anastomose au pied de l'anse. Splénectomie, ablation de la queue du pancréas, siège d'un abcès et d'une pancréatite oedémateuse. Constatation per-opératoire d'une hépatomégalie avec foie stéatosique, et d'un début d'hypertension portale. Ce malade a reçu le 12/11, 20 flacons de sang. Il est muté en réanimation au Pavillon A le 13/11 pour surveillance post-opératoire.

Dans les suites : pendant 48 heures, écoulement bilieux dans une poche de drainage sous-hépatique droit puis apparition d'une pneumopathie droite, les urines sont purulentes. On évoque la possibilité d'un abcès sous-phrénique droit le 17/11 car la température est à 40° C, il existe une réaction pleurale droite et le drainage de la loge sous-hépatique droite ramène du pus. Le malade reprend son transit au 6ème jour.

Le 21/11, chute de la température avec extériorisation d'une fistule digestive. Le malade passe en caisson pour une embolie gazeuse par débranchement d'une sous-clavière nécessitant une séance d'oxygénothérapie hyperbare.

Le 23/11, aggravation de l'état général, la température est à 40° C et il existe un écoulement purulent par les drains des flancs. Un staphylocoque doré est retrouvé dans les hémocultures, à la partie inférieure de la médiane qui est infectée et dans le pus ramené par les drains.

REPRISE DE LA LAPAROTOMIE MEDIANE le 23/11 : la péritonite prédomine en sous-mésocolique. Désunion de l'anastomose oeso-jéjunale dans sa partie antérieure. Il existe 2 trous de fistule au niveau de l'anse efférente de l'anse en oméga. Transformation de l'anse en oméga en anse en Y. Lavage péritonéal, drainage par 2 lames et un drain de Shirley, interposition d'une lame entre les anses grèles et la médiane. Fermeture de la paroi en un plan.

Dans les suites : hyperthermie issue d'un liquide bilio-hémorragique purulent par le drainage des flancs.

...

<u>REPRISE au 2ème jour post-opératoire</u> : il existe une hémorragie avec fuite de bile au niveau du moignon duodénal. Fermeture sur sonde de Pezzer dans le moignon duodénal.

Le 29/11, état septique persistant, reprise : il existe des fuites au niveau de l'anastomose oeso-jéjunale, une iléostomie est alors pratiquée.

Le 01/12, choc septique gravissime à acidose avec urée à 2,60 g/l, potassium à 6,1 - passage en dialyse rénale.

Le lendemain, aggravation malgré une autre épuration extra-rénale.

Décès le 04/12 d'un choc septique grave avec acidose et insuffisance rénale majeure.

Donc, <u>péritonite par désunion d'une anastomose oeso-jéjunale</u>, 11 jours après une gastrectomie (gastrite hémorragique) chez un éthylique connu. Nouvelle désunion de l'anastomose constatée 6 jours après. Persistance d'un état septique grave avec acidose , urémie supérieure à 2,50 g/l. Décès (malgré plusieurs séances de dialyse) d'un choc septique grave.

Observation n°8

RID... Gilbert, 48 ans - A réa n°11081 - A n°1270 - 1977

Piéton renversé par une voiture le 26/11/77, il présente une fracture ouverte de la jambe droite, une fracture du radius gauche, le ventre est douloureux, il est donc opéré le jour même à la garde : splénectomie pour rupture de la rate.

Au 4ème jour post-opératoire, apparition d'un état sub-occlusif avec hyperthermie. Au 7ème jour post-opératoire, l'examen montre une défense avec douleurs abdominales.

COELIOTOMIE ITERATIVE : il existe une péritonite secondaire avec un ventre rempli de liquide séro-hématique, les anses grèles sont dilatées et recouvertes de fausses membranes. Lavage de la cavité abdominale, drainage aspiratif par 2 drains de Saratoga.

Le lendemain, l'état général s'aggrave et nécessite sa mutation en réanimation. Il présente : une hyperthermie polypnée, acidose métabolique et une oligurie.

Le 05/12, 2 jours après la reprise, apparition d'un choc septique, l'abdomen est douloureux et du liquide gastrique s'écoule par le drain de l'hypocondre gauche.

Coeliotomie à travers une paroi purulente : péritonite tertiaire diffuse par ulcère de stress perforé de la grande courbure gastrique (sous Milide* + Dogmatil*). Suture de la perforation, toilette péritonéale, drainage multiple aspiratif et mise en place d'un dispositif Schnorchel pour lavage continu au Noxyflex*.

Décès dans les 12 heures par choc septique irréversible.

Donc, péritonite 7 jours après une splénectomie post-traumatique par hémopéritoine surinfecté. Péritonite tertiaire 2 jours après par perforation d'un ulcère de stress de la grande courbure gastrique. Choc septique mortel 12 heures plus tard.

Observation n°9

DA SIL... Amélia, 19 ans - A réa n°11134 - 1977

Accident sur la voie publique le 24/12/77 à Annonay (Ardèche). Cette jeune femme présente un traumatisme cranien avec coma profond d'emblée, une fracture de la jambe droite, du corps vertébral de C6 et de l'épineuse de C5. Le ventre est douteux : une coeliotomie à minima est négative.

Elle est mutée à l'hôpital neurologique de Lyon, le 25/12.

Le 31/12, au 7ème jour post-opératoire, état de choc avec météorisme, le transit a repris sous forme de glaires, l'abdomen sans préparation montre une grisaille diffuse, la température est à 37° C.

LAPAROTOMIE MEDIANÉ le jour même à la garde du Pavillon A : Issue d'un flot de pus et de bile, il existe de nombreuses fausses membranes purulentes, du pus dans l'arrière cavité des épiploons et sous les coupoles. L'exploration abdominale permet de découvrir une perforation de 2 cm de diamètre sur la première anse jéjunale (méconnue lors de la première intervention), resection puis montage en Y avec anastomose termino-latérale au pied de l'anse, fermeture du moignon de l'anse en Y et jéjunostomie au sommet de l'anse. Drainage multiple aspiratif des 2 gouttières pariétocoliques, du Douglas, sous-hépatique et de l'arrière cavité des épiploons. Fermeture cutanée en un plan, Contensor collé.

Dans les suites : Coma profond persistant, diarrhée, urée augmentant régulièrement tous les jours et au 5ème jour post-opératoire, apparition d'un ictère avec état de choc, hyperthermie, diarrhée, vomissements. Le lendemain, du liquide digestif mélangé à du pus apparaît par les drains.

COELIOTOMIE ITERATIVE le 07/01/78 : Péritonite diffuse majeure à liquide purulent (candida, eschérichia coli, streptocoque faecalis) due à des fuites autour de la jéjunostomie. Lavage abdominal au Noxyflex*, extériorisation de l'anse en Y qui est assujettie à la paroi par l'intérieur et l'extérieur.

Installation d'un dispositif Schnorchel pour irrigation, lavage continu au Noxyflex*.

Dans les suites : hyperthermie polynucléose, urée à 2,50 g/l, diarrhée, acidose métabolique.

...

Le Schnorchel est vérifié 2 jours plus tard : il existe du pus dans la région splénique et un abcès à pus crémeux (candida + coli) entre 2 anses grèles. Réinstallation d'un dispositif Schnorchel.

Le lendemain, chute de la tension à 4 avec issue de sang noirâtre par la sonde gastrique, une gastroscopie le 09/01 montre une oesophagite, une antrite et un ulcère du bulbe duodénal.

Décès le 10/01 par collapsus hypovolémique.

Donc, péritonite par perforation post-traumatique du jéjunum passée inaperçue au cours d'une coeliotomie à minima. Ultérieurement, nouvelle péritonite diffuse par fuites autour d'une jéjunostomie. Décès rapide par hémorragies digestives dues à un ulcère de stress du bulbe.

OBSERVATION N°10

BOR... Jean-François, 28 ans - A réa n°11364 - N réa - 1978

Depuis 3 jours, ce malade présentait des douleurs abdominales avec vomissements et arrêt des matières et des gaz. Il est adressé à la garde du Pavillon A en état de choc avec anurie et acidose métabolique. Après quelques heures de réanimation (Dopamine, sang, Plasmagel), le 15/04/78 :

LAPAROTOMIE MEDIANE SUS-OMBILICALE : Péritonite par perforation d'un ulcère du bulbe à sa face antérieure. Liquide péritonéal fécaloïde avec de nombreuses fausses membranes. Suture de l'ulcère, drainage aspiratif des coupoles et du Douglas.

Dans les suites : l'urée augmente régulièrement, il existe une hypersécrétion gastrique (2,5 l) et le 18/04 l'état du malade est désespéré : occlusion, météorisme abdominal, hémorragies digestives hautes, hyperthermie à 40° C, poumon de choc, choc septique gravissime, l'urée est à 2,60 g/l et du liquide louche sort par les drains abdominaux. Après une séance de dialyse, le malade est réopéré.

COELIOTOMIE ITERATIVE : épanchement intra-péritonéal sero-hématique, le grêle est distendu en amont de 2 plicatures de la dernière anse grêle. Ablation de fausses membranes, évacuation de 3,7 litres de liquide entéral nauséabond par la sonde gastrique, l'état du grêle (violacé) est inquiétant, toilette abdominale.

Mise ne place d'un dispositif Schnorchel, lavage continu à la Bétadine (5 l/jour). Drainage multiple aspiratif.

Les suites opératoires sont compliquées : température à 40° C, troubles de la coagulation par thrombopénie (15 000 plaquettes par mm3) oedème pulmonaire, la sonde gastrique ramène plus de 3 litres de liquide après l'intervention, le malade est en anurie, il est alors muté au Pavillon N réa le 19/04, son état nécessitant l'épuration extra-rénale.

REPRISE le 24/04 : le malade est en anurie, du liquide digestif sort par les drains. Il existe une péritonite : la suture duodénale s'est désunie. Nouvelle suture avec drainage aspiratif à son contact pour créer une fistule dirigée. Les anses grêles ont une vitalité douteuse, lavage abdominal, fermeture de la paroi monoplan. Pas de lavage continu.

Le lendemain, le malade est comateux, la sonde gastrique ramène 5 litres de liquide hémorragique, l'abdomen est tendu. L'aggravation de l'état hémodynamique néces-

...

site un traitement tonicardiaque, la thrombopénie persiste se traduisant par des hémorragies digestives, conjonctivales, trachéales et par un purpura.

Décès le 28/04 d'un choc septique après plusieurs séances de dialyse et plusieurs arrêts cardiaques récupérés par massage cardiaque externe.

Donc, Péritonite par désunion d'une suture d'ulcère duodénal perforé faite en milieu septique. Décès rapide malgré la réanimation intensive et les séances de dialyse.

Observation n°11

BRE... Mariette, 46 ans - A réa 11279 - 1978

ANTECEDENTS : Varices en 1970, 2 fausses couches en 1956.

24/02/78 : Hystérectomie par voie vaginale au Pavillon J à H.E.H., dans les suites choc avec ballonnement abdominal sans température. Décision de reprise chirurgicale le 26/02/78.

LAPAROTOMIE MEDIANE SOUS-OMBILICALE : il existe un épanchement intra-péritonéal lie-de-vin purulent avec des fausses membranes sur les dernières anses grêles. Pas de causes anatomiques à la péritonite. Toilette abdominale, drainage (par des lames et des Saratoga) des coupoles, des gouttières pariétocoliques, du Douglas. Lavage continu au Noxyflex* par un redon.

Le lendemain, collapsus brutal avec tension imprenable, anurie, cyanose, récupération d'un état hémodynamique fonctionnel sous Dopamine, Isuprel, Glucagon + remplissage vasculaire.

Au 2ème jour post-opératoire, récidive du choc qui ne répond plus à la thérapeutique.

LAPAROTOMIE ITERATIVE : les flancs de la paroi sont atones, nécrosés, fétides, sous le péritoine pariétal antérieur il existe quelques ml de pus beige clair, le reste de l'exploration est négative. Extirpation des annexes bien qu'elles paraissent saines. Lavage de la cavité péritonéale, mise en place d'un dispositif Schnorchel pour irrigation, lavage de la cavité abdominale.

Dans les suites : oligo-anurie nécessitant plusieurs séances d'hémodialyse, diarrhée, tachyarythmie avec dissociation électromécanique, pneumothorax drainé, coagulation intravasculaire disséminée avec thrombopénie à 20 000/mm3.

Le 04/03/78 : état désespéré, 2 arrêts cardiaques sont récupérés, la circulation périphérique s'est arrêtée (nécroses cutanées), du sang apparaît dans un sac de drainage péritonéal.

REPRISE CHIRURGICALE : la cavité abdominale est guérie, l'origine du choc est une cellulite sous-péritonéale pelvienne. Installation d'un Mickulicz pré-vésical et d'un Schnorchel intra-péritonéal.

...

Suites immédiates : acidose, hypoxie, urée à 2,30 g/l, hyperkaliémie.

Le lendemain, hémodialyse, état de choc persistant.

2ème jour post-opératoire, apparition d'une fistule recto-vaginale avec anurie, poumon de choc.

Décès 2 jours plus tard en état de choc. Le poumon et le rein de choc seront confirmés par l'anatomie pathologique post-mortem.

Donc, péritonite généraliséesans cause 48 heures après une hystérectomie par voie vaginale. La reprise précoce avec les lavages continus permettront la guérison de la péritonite, mais une cellulite sous-péritonéale pelvienne entretenant un état septique sévère, le décès surviendra rapidement par choc septique.

Observation n°12

BOU... Agnès, 26 ans - A réa n°11769 - 1978

Jeune femme de 26 ans qui présente dans les suites d'une césarienne, faite dans une clinique de la banlieue lyonnaise, un tableau d'occlusion aigue du grêle qui s'aggrave progressivement avec état septique grave : ictère, purpura, hyperthermie, urée à 1 g/l.

Elle est mutée le 08/09/78 dans une autre clinique lyonnaise pour traitement adapté :

REPRISE ITERATIVE : Pfannenstiel : vaste collection purulente du pelvis remontant dans les 2 gouttières pariétocoliques. La cause en est une désunion de l'hystérotomie. Lavage abdominal, drainage de l'utérus, du pelvis et des gouttières pariétocoliques.

Suites immédiates : amélioration de l'état général, le transit reprend, la température se normalise.

Au 4ème jour post-opératoire, apparition d'un tableau septique majeur avec température à 41° C, frissons, ictère, polynucléose, ventre souple mais douleur sous-costale droite à la palpation. Elle est mutée rapidement en réanimation au Pavillon A ou elle présente en plus des hématémèses et un abdomen météorisé.

Le lendemain, hématémèse, méléna̲s, choc septique, défense abdominale diffuse avec masse de l'hypocondre gauche, la gastroscopie montre 2 ulcères gastriques.

LAPAROTOMIE MEDIANE ITERATIVE le 12/09 : vagotomie, aiguillage d'un ulcère gastrique et bulbaire, pyloroplastie, gastrostomie. Cholecystectomie pour cholecystite nécrotique. Découverte d'un abcès sous-hépatique et de nombreux abcès inter-anses au cours de l'entérolyse, le grêle à un aspect douteux en plusieurs endroits. En revanche, l'utérus est conservé, son aspect est rassurant.

Mise en place d'un Mickulicz et d'un Schnorchel pour surveiller l'état des anses grêles.
Deux jours plus tard, septicémie à eschérichia coli, oligurie, troubles respiratoires nécessitant la ventilation assistée, choc permanent.

3ème jour post-opératoire : choc, anurie, oedème pulmonaire, hypoprotidémie majeure, arrêt cardiaque. Tentative d'épuration extra-rénale sous massage cardiaque externe. 7ème arrêt cardiaque terminal après 2 heures de dialyse.

...

Autopsie : elle confirme le lâchage complet de l'hystérotomie, les anses grêles ont un aspect catastrophique.

Procès.

Donc, péritonite par lâchage d'hystérotomie pratiquée pour une césarienne. Le diagnostic a été tardif. Les phénomènes septiques post-opératoires dépassent rapidement les possibilités thérapeutiques. Décès au 7ème jour par arrêt cardiaque malgré une tentative d'hémodialyse sous massage cardiaque externe.

Observation n°13

PIC... Pierre, 36 ans - N réa n°32010 - 1977

Hospitalisation dans une clinique de l'Isère pour une phlébite du mollet droit. Le malade est rapidement muté en réanimation à Lyon pour un collapsus cardio-vasculaire par embolie pulmonaire, le traitement anti-coagulant ne permet pas d'éviter une récidive des embolies par thrombose cave ascendante s'arrêtant sous les veines rénales.

28/05/77 : à l'Hôpital Cardiologique de Lyon : désobstruction cave directe avec mise en place d'un clip de De Weese par voie intra-péritonéale.

Dans les suites : insuffisance rénale à diurèse conservée, la température augmente à 39° C le 3ème jour post-opératoire, puis le lendemain, dyspnée, tachycardie, chute de tension à 10, altération de l'état de conscience puis au 7ème jour post-opératoire, troubles respiratoires, le malade est mis sous ventilation assistée, il est anurique, la température est à 40° C. Le 15/06, 8ème jour post-opératoire, il présente un choc septique incomplètement contrôlé par la Dopamine, du pus apparaît par la médiane.

LAPAROTOMIE ITERATIVE : la médiane suppure sur toute la longueur avec nécrose des muscles grands droits et éviscération à la partie moyenne avec également une vaste poche purulente dans la gaine antérieure droite des grands droits. Il existe une péritonite généralisée sous-jacente avec fausses membranes sur le grêle et le colon droit. Les germes abdominaux et pariétaux sont les mêmes : staphylocoque doré et Serratia marcescens. Lavage abdominal soigneux au sérum + Bétadine. Mise en place d'un lavage continu à la Bétadine par 2 redons au niveau des hypocondres, drainage des gouttières périétocoliques et du Douglas par Saratoga + lames, une lame draine la poche abcédée de la paroi. Fermeture monoplan au bronze par-dessus une lame multitubulée et par-dessus 2 contensors collés.

Deux jours plus tard, le malade est repris pour mettre en place un dispositif Schnorchel avec lavages au Noxyflex*. En effet, l'état septique persistait ainsi que la pariétite, avec du pus et des fausses membranes dans la cavité abdominale.

Dans les suites : oligo-anurie en permanence, le lavage continu au Noxyflex* est remplacé par du sérum physiologique simple puis par la Gentalline* mais le liquide abdominal reste sale.

...

Le 15/06 : anurie avec hyperkaliémie et urée à 2,70 g/l, une épuration extra-rénale est pratiquée.

Décès le lendemain par choc septique.

Donc, péritonite par diffusion d'une pariétite après pose d'un clip cave par voie intra-péritonéale. Décès trois semaines plus tard par choc septique malgré le lavage continu de la cavité abdominale.

Le délai entre les premiers signes anormaux et la reprise a été beaucoup trop important.

OBSERVATION N°14

ROS... Fleurine, 69 ans - N réa - 1977

Malade de 69 ans hypertendue depuis 15 ans. Hospitalisée le 19/06/77 en réanimation pour un collapsus cardio-vasculaire avec oligurie, météorisme abdominal survenu quelques jours après l'apparition d'uné éruption érythémateuse et phlycténulaire de la cuisse gauche (cellulite à streptocoque A, hémolytique).

24/06/77 : excision chirurgicale au Pavillon A d'une cellulite nécrosante de la cuisse gauche atteignant la paroi abdominale inférieure et la grande lèvre gauche. Il n'existe pas de fusée intra-abdominale.

Dans les suites : la diurèse reprend mais l'insuffisance rénale persiste, on note deux épisodes de distension abdominale avec ralentissement du transit puis le 09/07 reprise chirurgicale car depuis 2 jours le ventre est ballonné avec état septique permanent, la sonde gastrique ramène 1,5 litres de liquide fécaloïde.

COELIOTOMIE SUS ET SOUS-OMBILICALE : péritonite secondaire par entérite nécrosante des dernières anses grêles et du bas-fond coecal. On pratique une hémicolectomie droite avec colostomie, ablation des dernières anses grêles, iléostomie, lavage de la cavité abdominale, drainage par une lame et un drain de Saratoga au niveau du pelvis.

Cinq jours plus tard, douleur du flanc gauche, dyspnée, acidose, agitation, choc septique avec marbrures périphériques des membres. Issue de liquide fétide par le drainage sus-pubien.

COELIOTOMIE SOUS-OMBILICALE le lendemain : évacuation d'un volumineux caillot de sang putride du pelvis. Mise en place d'un dispositif Schnorchel pour irrigation, lavage en continu au Noxyflex*.

Dans les suites : aggravation du choc septique avec troubles de la conscience, insuffisance respiratoire, hémorragies digestives, décès le 18/07.

Donc, péritonite par entéro-colite nécrosante survenue 15 jours après une cellulite nécrosante (à streptocoque hémolytique du groupe A) de la jambe gauche atteignant la paroi abdominale inférieure.

Décès par choc septique terminal.

Observation n°15

CAM... Machado, 38 ans - A réa n°11260 - 1978

Polytraumatisé de la route hospitalisé à l'hôpital de Bourgoin (Isère) le 16/02/78. Il présente : fracture des 2 branches iliopubiennes du bassin avec hématurie, fracture de l'humérus droit, un volet thoracique, un hémothorax droit et un ventre douteux avec tableau d'hémorragie intra-abdominale.

LAPAROTOMIE MEDIANE : splénectomie (rupture de rate), il existe un hématome diffus du mésocolon transverse et une hémorragie le long du pédicule cystique. Fermeture cutanée sur 2 redons qui vont se boucher rapidement.

Il est muté le jour même au C.H.U. de Lyon, en réanimation (Pavillon A), son état respiratoire s'aggrave en nécessitant une ventilation assistée.

Le lendemain, le ventre est tendu, douloureux et se défend :

LAPAROTOMIE EXPLORATRICE : persistance de l'hémorragie du pédicule splénique. Il existe une plaie du mésentère saignant modérément, une éraillure du dôme hépatique ainsi qu'une contusion du dôme vésical expliquent l'hématurie. Drainage sous-hépatique et de la loge splénique par des Saratoga et des lames multitubulées.

Il est détubé le lendemain, 19/02.

Le 22/02 : hyperthermie à 39° C, tachycardie, décompensation du volet thoracique. Le malade est réintubé et reventilé.

Le 25/02 : hyperthermie à 40°5 C, 35 000 GB, météorisme, hypersécrétion gastrique, mais le transit est conservé. Le soir, choc septique aggravant la situation.

COELIOTOMIE ITERATIVE : épanchement purulent (staphylocoque doré, staphylocoque faecalis) avec fausses membranes en intra-péritonéal sans cause évidente. Lavage de la cavité abdominale au sérum + Dakin, la vérification de la vésicule,de l'estomac, du grêle et du mésentère est négative. Drainage par Saratoga sous-hépatique et dans la loge splénique, lames en sous-phrénique droit et dans le Douglas.

Dans les suites : pas d'amélioration, état de choc persistant, l'urémie augmente régulièrement pour atteindre 2 g/l le 28/02.

...

REPRISE CHIRURGICALE le 28/02 : le ventre est dur, les drains ramènent un liquide purulent, choc septique, acidose, aggravation biologique.

La paroi phlégmoneuse est à l'origine de la péritonite diffuse avec nombreuses fausses membranes. Il existe également un épanchement purulent entre la paroi et le grand épiploon. Après toilette soigneuse, installation d'un Schnorchel pour lavages à la Bétadine et isoler la paroi infectée de la cavité abdominale.

Trois jours plus tard, arrêt cardiaque récupéré.

VERIFICATION ABDOMINALE CHIRURGICALE : le ventre est propre mais le foie est gros, tendu, la vésicule est sous tension sous forme d'un cholecystopathie de choc, cholecystostomie, Schnorchel pour lavage au sérum salé simple.

Dans les suites : aucune amélioration, nouvel arrêt cardiaque trois jours plus tard au cours de la révision chirurgicale du Schnorchel.

Le 07/03, présence d'une Serratia ubiquitaire résistante à tout sauf à l'Amiklin* et au Bactrim*.

Décès le 09/03 en cours d'hémodialyse pratiquée pour azotémie supérieure à 3 g/l.

Donc, péritonite sans cause après laparotomie post-traumatique insuffisante obligeant une nouvelle révision abdominale. Une pariétite est à l'origine d'une péritonite tertiaire malgré l'isolement de la paroi abcédée et les lavages continus. L'évolution se fera vers le décès en cours d'hémodialyse.

Observation n°16

CAR... Félicie, 60 ans - A réa n°11821 - 1978

Ethylique de 60 ans adressée à la garde du Pavillon A le 02/10/78. Elle présente depuis 15 jours une diarrhée avec douleurs abdominales, température à 38°5 C, la perte de poids est de 6 kg en 15 jours. A l'entrée, l'examen montre un météorisme abdominal avec défense, nombreux niveaux liquides sur l'abdomen sans préparation, le toucher rectal est douloureux.

LAPAROTOMIE SOUS-OMBILICALE : le jour même agrandie en incision xypho-pubienne, en effet, il existe une péritonite stercorale généralisée par colite nécrosante diffuse avec perforations multiples sur le colon descendant et sur le sigmoïde. Colectomie sub-totale, sigmoïde d'aval abouché à la peau, iléostomie terminale, toilette abdominale à l'Héxomédine, drainage multiple actif. L'opération est mal supportée avec choc septique per-opératoire.

J + 1 : température à 38°8 C, 2 litres par la sonde gastrique.
J + 2 : température à 41° C, marbrure des extrémités, ventre de bois, écoulement fétide par les drains.

COELIOSTOMIE ITERATIVE : la paroi est douteuse avec des muscles nécrotiques. Péritonite sous-jacente : le péritoine est cloisonné avec de nombreuses logettes purulentes. Il existe un épanchement fétide sans aspect pré-perforatif du grêle. La péritonite à évolutivité propre est très probable. Drainage multiple actif (Saratoga + lames) après toilette abdominale. Mise en place d'un Schnorchel pour lavage à la Bétadine (4 litres par jour).

Décès moins de 12 heures après en état de choc.

Donc, péritonite initiale stercorale généralisée opérée 15 jours après le début des signes. Cette péritonite évoluant pour son propre compte, décès rapide par choc septique. Seule une consultation chirurgicale initiale précoce aurait peut-être sauvé cette malade.

Observation n°17

GAN... Hélène, 51 ans - A réa n°11546 - 1978

Malade de 51 ans grabataire, atteinte d'une sclérose en plaques ancienne, adressée à la garde du Pavillon A par la maison de retraite où elle demeure en permanence pour un syndrome sub-occlusif avec température à 40° C depuis 24 heures.

LAPAROTOMIE le 07/06/78 : cholecystite lithiasique purulente, cholecystectomie. Liquide purulent dans le Douglas. Lavage abdominal, drainage sous-hépatique par Shirley + lame, fermeture pariétale.

Suites opératoires : encombrement pulmonaire, reprise du transit, ablation des drains, normothermie.

6ème jour post-opératoire : cyanose, insuffisance respiratoire aigue, intubation, ventilation artificielle, aggravation biologique, hyperthermie. La malade est alors mutée en réanimation.

8ème jour post-opératoire : choc septique, écoulement du pus par l'orifice de drainage du flanc droit et de l'hypocondre droit, température à 40° C.

LAPARATOMIE ITERATIVE le 15/06/78 : il existe un abcès collecté sous-hépatique en avant du cholédoque, il y a un peu de liquide qui semble propre au niveau du Douglas et de l'étage sus-mésocolique. Lavages péritonéaux soigneux. Drainage de la région sous-hépatique par un Saratoga et une lame. Fermeture en un plan au fil d'acier.

Dans les suites : hyperthermie persistante, l'urée augmente, on installe un lavage continu à la Bétadine*.

19/06/78 : oligurie, hyperthermie à 40° C, le liquide de drainage est purulent. Le lendemain, choc septique, dopamino-résistant, la température est en plateau à 40° C, la tension est à 5, les drains ramènent un liquide louche.

LAPARATOMIE MEDIANE : liquide péritonéal purulent avec fausses membranes. Il existe une fuite du moignon cystique, drainage par Saratoga + lame à son niveau, lavages abdominaux soigneux. Installation d'un Schnorchel et d'un drainage multiple actif, lavage abdominal en continu à la Bétadine*.

...

Décès 12 heures plus tard d'un choc septique.

Donc, péritonite initiale par cholecystite lithiasique purulente se compliquant au 13ème jour post-opératoire d'une péritonite secondaire par fuite du moignon cystique favorisée très probablement par la pérennisation de phénomènes septiques locaux. Décès rapide par choc septique gravissime résistant à la Dopamine.

Observation n°18

GIR... Marc, 73 ans - A réa n°11881 - 1978

ANTECEDENTS : obésité, angor, insuffisance respiratoire par syndrome obstructif.

GASTRECTOMIE TOTALE le 23/10/78 à l'hôpital de Vienne (Isère) pour néoplasme de la grosse tubérosite. Intervention par voie uniquement thoracique (thoracotomie dans le 8ème espace inter-costal) rétablissement de la continuité sur une anse jéjunale en oméga avec anastomose au pied de l'anse. Splénectomie, curage ganglionnaire, tuile sous-hépatique, drain thoracique.

Dans les suites : dans la nuit du 24 au 25/10 , apparition d'un choc avec douleurs abdominales brutales, du liquide bilieux sort par la tuile. L'abdomen est météorisé. La réintervention est retardée de plus de 12 heures, le lendemain pour permettre une réanimation pré-opératoire qui n'empêchera pas l'aggravation du choc et des troubles de conscience, l'intubation sera nécessaire.

LAPAROTOMIE MEDIANE SUS-OMBILICALE le 25/10/78 : dans l'après-midi déhiscence de la suture duodénale avec souillure péritonéale importante. Suture itérative du moignon duodénal, épiplooplastie, drainage pour lavages au Noxyflex*. L'anastomose oeso-jéjunale était bonne.

Suites immédiates : mutation en réanimation au C.H.U. de Lyon, le choc persiste et s'aggrave régulièrement le 26/10.

COELIOTOMIE ITERATIVE : la paroi est suppurée et présente un aspect défavorable. Il existe un liquide intra-abdominal suppuré de type ascitique. L'anse afférente de l'oméga est dilatée et ne se vide pas dans l'efférente. Il existe un début de désunion du moignon duodénal. Duodénostomie sur sonde de Pezzer. Omentectomie sub-totale. L'épiploon est pratiquement dévascularisé. Anastomose sous-mésocolique entre l'anse afférente et efférente à la pince G.I.A.,Toilette péritonéale. Drainages latéraux et drain dans le Douglas. Schnorchel en raison de l'état de la paroi et de l'aspect du colon transverse qui a un aspect nécrotique local.

L'état de la malade, très précaire au cours de l'intervention, s'améliore un peu en post-opératoire. Il s'agit d'une amélioration très provisoire et elle décède le lendemain matin dans un tableau de choc septique.

...

Donc, péritonite par <u>désunion d'une suture duodénale</u> 24 heures après une gastrectomie totale. La réintervention retardée pour des problèmes de réanimation a été trop tardive. Décès d'un choc septique après une nouvelle désunion de la suture. Lorsque le premier signe anormal est le choc septique, la réintervention doit se faire bien avant la 24ème heure.

Observation n°19

LEB... Louis, 77 ans - Pavillon A n°1730 - 1978

ANTECEDENTS : tentative de suicide en avril 1978, adénome prostatique, opéré en septembre 1978, dépression depuis avril 1978, hospitalisé depuis à l'hôpital psychiatrique du Vinatier à Lyon.

Adressé au Pavillon A le 01/10/78 pour des douleurs abdominales depuis 2 jours avec nausées, vomissements, constipation.

LAPAROTOMIE MEDIANE le 02/10 : néoplasme du Sigmoïde en virole avec nécrose du colon droit et du colon ascendant. Colectomie totale. Anastomose iléo-rectale latéro-terminale, drains dans le Douglas et les 2 gouttières pariéto-coliques. L'anatomie pathologique de la pièce opératoire répondra : adéno-carcinome du Sigmoïde, colite nécrosante d'amont sur tout le colon mais prédominant au niveau du coecum ou il existe des signes de péritonite.

REPRISE CHIRURGICALE le 08/10 : péritonite par lâchage de la suture iléo-rectale. Iléostomie, drainage, fermeture monoplan au fil de bronze.

Suites : alcalose, vomissements, urémie haute.

REPRISE le 11/10 pour nécrose de l'iléostomie. Refection, drainage sous-hépatique, sous-phrénique à droite, du Douglas et des gouttières pariéto-coliques.

Suites : l'état général s'améliore jusqu'au 14/10 où la température chute à 36° C pour atteindre 35° C le 16/10 avec acidose, polynucléose, diminution de l'état de conscience, du pus s'extériorise par la médiane. Décès le 20/10 en état de choc.

Donc, péritonite par désunion d'une anastomose iléo-rectale pratiquée pour une virole néoplasique du Sigmoïde chez un dépressif de 77 ans en occlusion depuis 2 jours. Une mise à la peau transitoire immédiate aurait peut-être été préférable, d'autant plus qu'il existait déjà des signes de péritonite sur le coecum à l'anatomie pathologique de la pièce opératoire.

Observation n°20

PRO... Paul, 74 ans - A réa n°11668 - 1978

ANTECEDENTS : tuberculose pulmonaire et rénale en 1924. Insuffisance rénale suivie dans les services de néphrologie de l'Hôpital Edouard Herriot.

Ce malade est hospitalisé le 05/07/78 dans le service des urgences médicales (Pavillon N, H.E.H.) pour des malaises avec mélénas.

15/07/78 : Dragstedt, G.E.A. transmésocolique sur la première anse jéjunale à la pince G.I.A. pour ulcère non hémorragique à la face antérieure du bulbe. Il existe une fistule vésico-colique avec lithiase vésiculaire. Cholecystectomie, suture colique. Les mélénas sont attribués à la fistule vésico-colique !

12ème jour post-opératoire : malaise de type anémique avec hématémèses, choc hémorragique, ulcère sur la bouche d'anastomose (sous Milide* + Dogmatil*) à la gastroscopie.

MEDIANE ITERATIVE : dégastrogastrectomie, suture duodéno-jéjunale termino-terminale, puis suture gastro-duodénale termino-latérale. Fermeture du moignon duodénal - drainage sous-hépatique par une lame et un Saratoga.

Suites immédiates : oligurie dyspnée, état général s'aggrave, le malade est muté le lendemain en réanimation où il est intubé, ventilé, sa température est à 39° C avec frissons, 30 500 GB. Le ventre est douloureux et se défend. L'origine du choc septique sera expliqué le lendemain devant l'apparition d'un liquide fécaloïde par les drains.

REPRISE CHIRURGICALE le 29/07 : la médiane suppure, péritonite généralisée avec cholépéritoine par désunion de l'anastomose jéjuno-iléale.

Il existe une fuite du moignon duodénal. Resection duodénojéjunale autour de l'anastomose. Le moignon afférent sur l'estomac est fermé. On réalise un montage en Y sur le grêle sous-jacent et l'anse efférente montée sur l'estomac vient s'aboucher 30 cm plus bas sur le grêle. Drainage par des Saratoga et des lames de la nouvelle anastomose duodéno-jéjunale, en sus et sous-hépatique ainsi que du Douglas. Après resection des parties infectées de la paroi, la peau est refermée par simple rapprochement au bronze sur une lame multitubulée.

...

Suites : choc septique, hémocultures positives à Proteus, insuffisance respiratoire aigue, insuffisance rénale à diurèse conservée avec urée à 2,40 g/l et créatinine à 50 mg/l. Acidose, fistule digestive, 0,6 litres par jour probablement à partir du moignon duodénal.

Mutation le 31/07 dans le Pavillon N réa pour hémodialyse. Décès 48 heures plus tard d'un choc septique.

Donc, péritonite par désunion d'une anastomose duodéno-jéjunale après dégastro-gastrectomie, avec désunion du moignon duodénal. Décès 4 jours plus tard d'un choc septique après plusieurs séances d'épuration extra-rénale.

Observation n°21

ROS... Joseph, 69 ans - A réa n°11828 - A n°1777 - 1978

ANTECEDENTS : Cholecystectomie en 1977, appendicectomie, G.E.A. type Polya en 1957 pour ulcère, fracture des 3ème et 5ème vertèbres lombaires et de l'astragale en 1962, sympathectomie lombaire en 1968 pour artérite des membres inférieurs. En 1969, oblitération iliaque externe gauche non-opérée.

Malade adressé en urgence dans un hôpital du Jura, pour occlusion. Il est opéré le 29/09 d'une bride sur le jéjunum : resection segmentaire du grêle avec anastomose termino-terminale. Les suites sont simples pendant 3 à 4 jours, puis apparition d'une température avec polynucléose, douleur, défense abdominale, en même temps, il apparaît une ischémie de la jambe gauche avec très nette diminution des pouls. Le malade est alors muté le 05/10 au C.H.U. de Lyon pour une obstruction artérielle. Le chirurgien vasculaire de garde consulté repousse l'indication urgente de pontage axillo-bifemoral, en revanche il existe des signes abdominaux inquiétants et l'indication de laparotomie pour péritonite est posée à la garde du Pavillon A.

LAPAROTOMIE MEDIANE SUS ET SOUS-OMBILICALE qui existait déjà. Il existe une péritonite à abcès multiples avec fausses membranes sur le grêle et le colon avec désunion partielle de l'anastomose du grêle. Toilette abdominale à la Bétadine*. Resection et nouvelle anastomose du grêle. Drainage des gouttières pariéto-colique, du Douglas par des lames et des drains de Shirley. Fermeture pariétale par deux points totaux.

Suites extrêmement simples : le malade est muté sur l'hôpital du Jura après 15 jours sans complication. Il est revu un mois plus tard guéri et l'indication de pontage axillo-bifémoral est posée pour dans quelques mois.

Donc, péritonite par désunion d'une anastomose sur le grêle. Le diagnostic a été fait rapidement, par hasard, le malade étant envoyé pour une thrombose artérielle. La reprise chirurgicale immédiate pour péritonite et non pas pour obstruction artérielle a permis la guérison du malade.

Observation n°22

SCH... Marcel, 29 ans - A réa n°11450 - 1978

ANTECEDENTS : Epilepsie. Coup de couteau en avril 1978 dans la région thoracique gauche avec cicatrice dans le 11ème espace intercostal, soigné par sa mère.

02/06/78 : le malade reçoit un coup de barre de fer dans le ventre. A l'entrée : douleur abdominale sans défense, l'A.S.P. ne montre rien, le toucher rectal est indolore. La tension est normale.

Le lendemain : ventre de bois, toucher rectal très douloureux, normothermie.

MEDIANE ITERATIVE : liquide abdominal purulent (un litre). L'exploration abdominale ne montre rien à part un corps étranger de 1 cm2 de diamètre entre 2 anses grêles ressemblant à un morceau de tissu. Lavage péritonéal, drainage du Douglas, de la loge splénique, sous-hépatique et de la gouttière pariétocolique droite par des Saratoga et des lames.

L'hypothèse la plus probable devant ce tableau est la pénétration du morceau de tissu par le coup de couteau du mois d'avril (qui ne sera avoué que par la mère au cours de l'hospitalisation de son fils). Il se forme alors un abcès collecté intra-abdominal que le coup de barre de fer va rompre et diffusera dans toute la cavité péritonéale.

REPRISE CHIRURGICALE le 08/06 : tableau d'occlusion aigue du grêle fébrile. Deux anses grêles sont coincées au niveau des 2 orifices de drainage des flancs. Il existe du pus dans le Douglas et la gouttière pariétocolique gauche avec également des fausses membranes sur le grêle. Lavage, drainage, fermeture au fil d'acier.

Suites : urée monte à 1,60 g/l, la médiane est purulente, la sonde gastrique ramène 5 litres par jour de liquide, alcalose métabolique. Le malade est muté en réanimation le 09/06.

Le lendemain, il est intubé et ventilé, le tableau clinique est inchangé avec en plus issue de pus par la médiane et les drains.

...

LAPAROTOMIE MEDIANE : péritonite diffuse à liquide purulent, vidange rétrograde du grèle, entérolyse totale, lavage à la Bétadine*. L'exploration abdominale est négative. Drainage multiple actif, Schnorchel, lavages continus à la Bétadine*.

Dans les suites : Pneumothorax drainé, hémorragies digestives par gastrite diffuse traitée à la Cimétidine*.

LA VERIFICATION CHIRURGICALE de l'abdomen le 12/06 montre une péritonite à évolutivité propre, remise d'un dispositif Schnorchel avec lavage à la Bétadine*.

Dans les suites : pneumopathie droite, insuffisance rénale à diurèse conservée, acidose.

14/06 : ablation du Schnorchel, la cavité péritonéale est propre. Lavages continus à la Bétadine* par 2 redons.

Dans les suites : récidive de pneumothorax droit, aggravation de la pneumopathie, la médiane est purulente (steptocoque faecalis).

L'amélioration de l'état du malade ne se fait que vers le 26/06. Il est détubé, il sort guéri de l'hôpital le 10/11 avec une paroi en voie de cicatrisation.

Donc, péritonite post-traumatique par rupture d'un abcès intra-abdominal ancien sur corps étranger (par coup de couteau). Reprise chirurgicale rapide, pas de lésion viscérale. Guérison grâce au lavage continu par Schnorchel.

OBSERVATION N°23

THE... Evelyne, 34 ans - A réa n°11830 - 1978

06/10/78 : accident de la circulation. Cette jeune femme est opérée le jour même dans un hôpital de Savoie.

MEDIANE XYPHOPUBIENNE : rupture splénique et pancréatique gauche, déchirure du lobe gauche du foie et du ligament gastrocolique, rupture péritonéale à la face postérieure de l'estomac avec contusion sur cette même face, hématome rétro-péritonéal. Il est alors pratiqué une hépatectomie gauche et une spléno-pancréatectomie gauche. Drainage très insuffisant par 2 redons seulement. L'intervention nécessite 18 flacons de sang.

La malade est mutée en réanimation le jour même au C.H.U. de Lyon. Elle présente des hématémèses par gastrite ulcéro-nécrotique, le 2ème jour post-opératoire.

Au 4ème jour post-opératoire : insuffisance rénale et respiratoire s'aggravant, défense de la moitié gauche de l'abdomen, les touchers pelviens sont très douloureux.

LAPAROTOMIE MEDIANE SUS-OMBILICALE le 10/10 : péritonite par gangrène du corps de l'estomac par contusion et section de l'artère gastrique postérieure (branche de la splénique). Gastrectomie totale malgré l'état précaire. Fermeture duodénum. Anastomose oeso-jéjunale termino-latérale sur anse en Y. Jéjunostomie d'alimentation. Fermeture pariétale par points totaux.

Décès par choc septique irréversible en post-opératoire immédiat.

Donc, péritonite post-traumatique par gangrène du corps de l'estomac dont l'origine est une section d'une branche de l'artère splénique vascularisant la paroi postérieure de l'estomac. Drainage lors de l'opération initiale pratiquement inexistant. Décès rapide par choc septique. Deux jours avant la reprise, une gastroscopie avait montré une gastrite ulcéro-nécrotique.

OBSERVATION N°24

ZUL... Raymond, 36 ans - A réa n°11763 - 1978

Malade opéré le 01/09/78 d'un ulcère duodénal résistant au Tagamet* à l'hôpital de Villefranche (Rhône) : vagotomie hyper-sélective avec correction d'une hernie hiatale. Pas de drainage.

Suites : Météorisme abdominal, pas de reprise du transit et le 5ème jour post-opératoire, dyspnée avec opacité pulmonaire du lobe inférieur gauche avec douleur thoracique. Le malade est mis à l'Héparine et est muté en réanimation à Lyon pour embolie pulmonaire.

Au 10ème jour post-opératoire, le bilan d'embolie est négatif, la température est à 38°5 C, le malade est hypoxique. Il existe un épanchement pleural gauche ; au cours d'une endoscopie pratiquée le jour même pour mélénas, un effort de vomissement provoque l'issue de plus de 3 litres de pus à travers la paroi.

COELIOTOMIE ITERATIVE : Enorme abcès sous-phrénique gauche où il reste encore plus d'un litre de pus. Il existe une déhiscence de la petite courbure gastrique ouverte sur 4 cm avec une poche hématique infectée en communication. Suture de la déhiscence qui est recouverte par une épiplooplastie en couronne. L'étage sous-méso-colique paraît indemne de tout phénomène septique. Lavage de la loge sous-phrénique gauche, 2 Saratoga sont placés dans la loge, on installe un dispositif Schnorchel avec lavages continus à la Bétadine*, la paroi étant phlégmoneuse.

Dans les suites : ablation du Schnorchel le 16/09, on continue les lavages à la Bétadine*. Oesophagite nécrotique et ulcération à la face antérieure du fundus gastrique sous Tagamet* .

Le 27/09 la médiane cicatrise mais écoulement de pus par les contre-incisions. Le Dakin remplace la Bétadine* pour les lavages continus.

Le 14/10 : un transit gastrique montre une sténose médio-gastrique et une vaste cavité perforant la petite courbure gastrique au niveau de la suture initiale. L'indication de reprise est repoussée en raison de l'état précaire du malade.

Les hémorragies digestives deviennent trop importantes et la décision de reprise chirurgicale est décidée le 19/10. Il existe en plus un abcès sous-phrénique

...

gauche et pulmonaire à Klebisella, l'état général est catastrophique et le malade décède juste avant l'opération.

Donc, péritonite par perforation de la petite courbure gastrique avec abcès sous-phrénique gauche de plus de 4 litres de pus évoluant sous le masque d'une embolie pulmonaire. La péritonite récidive par perforation,au même endroit,visualisée sur un transit gastro-duodénal mais l'indication ne sera posée que 5 jours plus tard devant les hématémèses graves. Décès par choc septique juste avant la réintervention.

Observation n°25

CER... Salvador, 59 ans - N réa n°00124 - A réa n°11926 - 1978

Invalide hospitalisé au Pavillon A pour syndrome occlusif le 04/03/78.

LAPARATOMIE MEDIANE le 05/03 à la garde : le grêle est sphacélé avec adhérences multiples, 3 déchirures au cours de l'entérolyse sont suturées. Resection de 80 cm de grêle à 100 cm de l'iléon terminal, anastomose termino-terminale immédiate du grêle, toilette abdominale, fermeture pariétale sur 2 lames remontant sous les coupoles diaphragmatiques. 2 points totaux.

J + 1 : choc septique avec hypothermie, défense abdominale, tension imprenable, anurie.

LAPAROTOMIE ITERATIVE : entérite nécrosante à l'origine d'une péritonite à liquide extrêmement fétide. Resection de 150 cm de grêle, iléostomie en canon de fusil, toilette abdominale à la Bétadine* . Drainage multiple par Saratoga, lames, redons.

Suites : la tension remonte et la diurèse reprend en fin d'intervention puis s'arrête à nouveau, le malade est muté au Pavillon N en réanimation.

Décès le 08/03 au matin en état de choc.

Donc, péritonite par entérite nécrosante après une resection anastomose sur le grêle dont la vitalité douteuse aurait peut-être nécessité une stomie immédiate et un drainage plus important.

Observation n°26

ANT... Maria, 33 ans - G réa n°12236 - G n°2268 - 1979

Malade de 33 ans ayant fait une fausse couche avec retention de la tête foetale, expulsée secondairement au 4ème mois de grossesse. Elle est hospitalisée le 20/04 dans une clinique lyonnaise pour un curetage qui ramène des débris placentaires et un stérilet !

Le 26/04 la malade présente des douleurs abdominales avec vomissements puis occlusion amenant sa mutation au Pavillon G ou elle est prise au bloc immédiatement pour un tableau pelvi-péritonite.

LAPAROTOMIE MEDIANE SOUS-OMBILICALE : liquide louche intra-abdominal, abcès pelvien, l'utérus mou présente une perforation au niveau de l'angle supéro-externe droit de la corne utérine droite. Hystérectomie totale avec conservation des annexes, toilette péritonéale, drainage du pelvis par une tuile sortant par le vagin. Saratoga + lames dans les gouttières pariéto-coliques, Noxyflex* in situ. Points totaux d'appui au bronze.

Les suites sont simples : le transit reprend au 6ème jour. La malade sort au 15ème jour guérie.

Donc, péritonite par perforation utérine après un curetage. Guérison grâce à une reprise chirurgicale rapide.

OBSERVATION N°27

BEG... Jean, 56 ans - G réa n°12359 - 1979

ANTECEDENTS : ulcère gastrique, hypertension, angor, hémiplégie éthylique, insuffisance rénale et respiratoire.

Le malade est hospitalisé dans le service des brûlés de H.E.H. le 26/06 pour des brûlures aux 2ème et 3ème degrés du cou, de l'épaule droite et de l'hémi-thorax droit.

le 29/06 il présente un syndrome occlusif avec température à 38° C, il est pris en urgence à la garde du pavillon G.

LAPAROTOMIE MEDIANE : occlusion par brides multiples sur le grêle, entérolyse. Il existe de curieuses adhérences jéjuno-iléales qui s'avèrent être perméables à la section. Ces fistules étranges nécessitent une vingtaine de sutures sur le grêle. Fermeture pariétale, drainage mutiple.

Suites immédiates : le malade est muté en réanimation sous ventilation assistée, il présente un choc septique avec oligoanurie, sueurs froides, cyanose, marbrures des genoux, douleurs abdominales, hyperthermie à 39° C, hépatomégalie à 2 travers de doigt, il existe une ischémie myocardique dans le territoire inférieur. Les Saratoga ramènent un liquide sale. Ce tableau persiste jusqu'au 03/06 date à laquelle il est repris pour une gangrène de paroi.
REPRISE CHIRURGICALE : péritonite par lâchage de l'ensemble des sutures, resection du grêle perforé, jéjunostomie, iléostomie. Installation d'un Schnorchel pour lavages continus au Noxyflex*.

Suites : état de choc persistant sous Dopamine, insuffisance rénale à diurèse conservée sous Lasilix. Septicémie à staphylocoque doré (par sous-clavière purulente).

REPRISE le 11/07 : perforation du jéjunum et de l'anse grêle terminale, duodénostomie après resection du jéjunum. Iléostomie sur sonde de Pezzer. Schnorchel pour lavage au sérum physiologique.

Ablation du Schnorchel le 16/07. L'état septique persiste. Apparition d'une fistule duodénale le 23/07, transformée en fistule dirigée. Le lendemain normalisation de la température.

...

Le 28/07, alimentation entérale. Le 07/08, septicémie à pyocyanique dont le point de départ est urinaire.

Le 14/08, fermeture de la fistule duodénale.

Le 14/09, sevrage de la ventilation assistée.

Jusqu'au mois de novembre, le malade reste intubé mais en ventilation spontanée.

Le 27/12, septicémie à staphylocoque doré multi-résistant par surinfection d'un trajet catheter jugulaire.

Décès le 02/01 d'un choc septique.

Donc, péritonite par désunion de sutures latérales sur le grêle. Guérison de la péritonite grâce à l'installation d'un dispositif Schnorchel. Décès au 5ème mois d'hospitalisation d'une septicémie par surinfection d'un trajet catheter jugulaire.

Observation n°28

BES... Paul, 50 ans - G Réa n°12559 - 1979

ANTECEDENTS : obésité.

Malade victime d'un accident de travail le 03/11/79. Il est écrasé par une pelleteuse mécanique. Hospitalisé dans un hôpital de la Drôme, il présente : fracture du cotyle gauche, disjonction de la symphyse pubienne et de la sacroiliaque droite. Une laparotomie xypho-pubienne pour exploration abdominale montre 2 litres de sang, splénectomie pour rupture de rate, suture d'une plaie du méso-colon sigmoïde. Fermeture sur lame.

Le soir même, reprise chirurgicale pour pose d'un Mickulicz compressif, en effet, il existe un saignement diffus au niveau de la plaie mésentérique.

Le malade est muté en réanimation le lendemain, 01/12 au Pavillon G réa à H.E.H. A l'entrée, le pouls et la tension sont imprenables après transfusion de 13 flacons de sang.

LAPAROTOMIE ITERATIVE : Il existe plus de 6 litres de sang dans la cavité abdominale par lâchage de la suture de l'artère splénique. Toilette abdominale, fermeture pariétale après drainage multiple actif.

Ce malade a donc reçu 50 flacons de sang en moins de 24 heures.

Suites : hyperthermie à 40°, hypoxie, hypercapnie sous ventilation assistée, le bilan après transfusion massive est négatif. Septicémie à point de départ inconnu (abdominal ou pulmonaire).

J + 7 : hémodialyse, abdomen tendu, mat, douloureux, toucher rectal douloureux, niveaux liquides sur l'A.S.P., les Saratoga sont exclus, du sang sort par la médiane. La température est à 36°5 C.

REPRISE CHIRURGICALE dans la nuit, un choc septique brutal a précipité la reprise. Péritonite généralisée par hémopéritoine surinfecté, abcès du flanc gauche, sang noirâtre surinfecté en abondance dans la loge splénique. Toilette abdominale soigneuse, drain au contact du méso-sigmoïde qui suinte, drainage multiple actif, Schnorchel pour lavages continus au Noxyflex* (1 litre par jour avec 2 ampoules de Noxyflex*).

...

Suites : nombreuses reprises (8 interventions) pour sepsis péritonéal persistant. Décès le 29/12, d'un choc septique irréversible après septicémie à pyocyanique à point de départ abdominal avec dissémination pulmonaire.

Donc, péritonite par hémopéritoine surinfecté post-traumatique. Septicémie à point de départ abdominal. Décès par choc septique malgré de nombreuses reprises et les lavages continus.

OBSERVATION N°29

BOU... André, 29 ans - G réa n°12584 - 1979

ANTECEDENTS : abcès péri-sigmoïdien en juin 1979 traité médicalement. Malade opéré à froid dans un hôpital du Doubs d'une sigmoïdite 4 mois après le diagnostic et un traitement médical.

Sigmoïdectomie le 15/11 avec anastomose termino-terminale colorectale. La reprise du transit se fait au 5ème jour post-opératoire.

Au 8ème jour post-opératoire : douleur abdominale intense avec hyperthermie à 40° C.

REPRISE CHIRURGICALE : péritonite avec fausses membranes prédominantes surtout autour de l'anastomose qui semble bonne. Lavage continu à la Bétadine* avec 2 drains d'entrée et 5 de sortie.

Suites : diarrhée avec quelques décharges septiques puis amélioration de l'état général, l'antibiothérapie est arrêtée le 09/12 et 2 jours plus tard, réascension thermique.

REPRISE CHIRURGICALE le 14/12 pour péritonite. Il existe 2 abcès mésocoeliaques. Nettoyage abdominal, laparotomie par Lyomousse. Lavages abdominaux au Noxyflex* sous anesthésie générale tous les jours.

Mutation au C.H.U. de Lyon le 17/12 au Pavillon G réa. Reprise chirurgicale immédiate : l'état du malade est inquiétant, température à 40° C avec ictère, hématémèses et méléna, issue de matières fécales par la médiane.

LAPAROTOMIE ITERATIVE agrandie : liquide louche intra-abdominal, abcès pelvien à prolongement mésocoeliaque, désunion du bord mésentérique de la suture colocolique. Toilette péritonéale, ablation de fausses membranes, curetage de la cavité abcèdée pelvienne et mésocoeliaque. Resection du tiers inférieur du grêle voué à la fistulisation, jéjunostomie proximale (fermeture par un coup de pince G.I.A.). Iléostomie distale extériorisée dans la fosse iliaque droite, colostomie iliaque gauche. Fermeture d'une gastrotomie en 2 plans. Drainage multiple actif. Schnorchel pour lavage continu au sérum (0,5 litre par jour) + Noxyflex*

...

4ème jour post-opératoire : l'évolution favorable permet l'ablation du Schnorchel. Fermeture pariétale sur une lame tubulée par quelques gros points au fil d'acier. Ouverture de l'iléostomie et de la colostomie. Le liquide de lavage est clair.

Le malade est détubé 5 jours plus tard. Nutrition entérale à partir du 04/01.

Rétablissement de la continuité le 25/03 avec fistule colique au 3ème jour post-opératoire tarie au bout de 5 jours. Le malade sort guéri le 11/04/80 après 5 mois d'hospitalisation.

Donc, péritonite par désunion d'une anastomose colorectale. Guérison grâce à une resection large du grêle, une mise à la peau du Jéjunum, de l'iléon, du colon et et l'installation d'un Schnorchel.

OBSERVATION N°30

DIO... Marie-Elisabeth, 71 ans - G n°1687 - 1979

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX : goître en 1946, hernie inguinale etranglée en 1970, appendicectomie avec libération de brides en septembre 1978.

27/06/79 : revient au Pavillon G pour crises sub-occlusives du grêle depuis septembre 1978.

LAPAROTOMIE MEDIANE le lendemain : entérolyse laborieuse du grêle avec hémorragies sur tout le grêle. Vidange rétrograde du grêle, libération de quelques adhérences au niveau du colon droit. Opération de childs pour permettre l'accolement organisé des anses. Drainage du Douglas et de la gouttière pariéto-colique droite ; Noxyflex* et soludécadron intra-abdominal. Fermeture cutanée en 2 plans.

Au 7ème jour post-opératoire : altération brutale de l'état général avec polypnée, état de choc, abdomen tendu et sensible, sur l'A.S.P. il existe des niveaux liquides mais les anses sont peu dilatées ; quelques heures plus tard, évacuation de liquide stercoral par la médiane.

LAPAROTOMIE IMMEDIATE : cavité abdominale pleine de liquide stercoral, il existe une fistule sur la dernière anse grèle, entérite nécrosante de l'iléon, colite nécrosante du coecum et du sigmoïde. Entérectomie de tout l'iléon, colectomie segmentaire emportant le coecum. Anastomose jéjuno-colique latéro-latérale à la pince G.I.A. ; colectomie segmentaire gauche : sigmoïde et colon descendant. Fermeture du bout distal à la pince G.I.A., extériorisation en anse iliaque terminale du bout proximal . Lavage de la cavité abdominale, drainage abdominal par lames de Yeats et drains de Shirley, drainage de la paroi (envahie par l'extériorisation des matières fécales) par une lame de Yeats. Fermeture monoplan au fil d'acier.

Suites : fistule de l'anastomose jéjuno-colique traitée par l'acide lactique. Alimentation parentérale.

REINTERVENTION le 04/04/80 : fermeture de l'anus iliaque, rétablissement de la continuité par anastomose transverso-rectale latero-latérale à la pince G.I.A.

Suites immédiates : pas de problème, le malade part en maison de repos.

...

Réhospitalisation quelques mois plus tard en raison de fistules coliques récidivantes intarissables amenant à réaliser un anus transverse définitif en 08/80. La malade rentre chez elle guérie en 09/80.

Donc, malade de 72 ans ayant présenté une péritonite post-opératoire stercorale par entérocolite nécrosante après entérolyse et childs. La reprise chirurgicale moins de 12 heures après le premier signe anormal, associée à des resections larges sur le grêle et le colon ont permis la guérison de cette malade malgré l'âge et le pronostic en général mauvais de la péritonite stercorale.

Observation n°31

KLE... Claudine, 57 ans - G réa n°12447 - G n°2639 - 1979

ANTECEDENTS : Obésité majeure, 130 kg pour 1,50 m. Cure chirurgicale de hernie hiatale et d'éventration avec occlusion (à 2 reprises).

20/08/79 : intervention dans un hôpital de la Savoie pour nouvelle éventration avec occlusion. Opération de Noble avec mise en place d'une prothèse (plaque) pariétale qui va s'infecter, nécessitant (dans un autre hôpital en Haute-Savoie) son ablation accélérée et une iléostomie latérale sur sonde. Il existait en effet, une perforation sous-jacente sur le grêle. Elle est mutée au C.H.U. de Lyon pour suites post-opératoires compliquées. A son arrivée à Lyon le 06/09, fuites de liquide digestif louche par la médiane avec température à 40° C.

REPRISE CHIRURGICALE IMMEDIATE : poche abcédée intra-péritonéale droite, l'iléostomie non-étanche a inondé de liquide intestinal toute la cavité abdominale. Extériorisation de l'anse grêle porteuse de l'anus latéral sur une baguette dans une contre-incision latérale droite. L'iléostomie se situe à 60 cm de l'angle iléocoecal. Excision de tissus cellulaires sphacéliques et d'une large lanière de peau du côté gauche, élargissement de l'ancienne incision de l'iléostomie. Fermeture pariétale monoplan.

Suites troublées par une septicémie à anaérobies (bactéroïdes) retrouvés au niveau de la paroi qui suppure largement nécessitant un méchage local pendant 3 semaines.

Régime amaigrissant hyperprotidique en post-opératoire (perte de 9 kg en 10 jours).

Le 26/10/79 : fermeture chirurgicale de l'anus temporaire avec anastomose termino-terminale sur le grêle.

La malade sort guérie le 03/10/79 après deux mois et demi d'hospitalisation.

Donc, péritonite par cellulite pariétale après opération de Noble et mise en place d'une prothèse qui s'est infectée. Une iléostomie latérale faite pour perforation iléale sous-jacente va être à l'origine d'une péritonite tertiaire reprise très rapidement. Guérison malgré une septicémie à anaérobies et une suppuration pariétale persistante méchée.

Observation n°32

LAI... Taouri, 49 ans - G réa n°12393 - 1979

ANTECEDENTS : obésité, tuberculose pulmonaire en 1975, lithiase vésiculaire et hernie brutale connue.

Malade adressée au service d'urgences du Pavillon G le 22/07 pour coliques hépatiques, ictère et vomissements.

23/07/79 : Médiane sus-ombilicale, refection de l'angle de His, lithiase vésiculaire à gros calculs, vésicule sous tension. La cholangiographie per-opératoire ne montre pas de calcul mais la voie biliaire principale est dilatée. Cholecystectomie, choledocotomie (absence de calcul), choledocoduodénostomie latéro-latérale (il existe une Oddite). Drainage par redon sous-phrénique G et tuile sous-hépatique, fermeture pariétale au fil d'acier.

Suites : arrêt de la diurèse pendant 12 heures, amylasémie augmente à 800 unités, la calcémie chute.

J + 4 : polypnée, état de choc majeur, tension nulle, les extrémités sont noires, il existe un épanchement pleural gauche, pas d'acidose sous-ventilation assistée.

J + 5 : le matin on constate un météorisme abdominal avec douleurs, le redon gauche est bouché, reprise du transit sous forme d'une diarrhée aqueuse trompeuse. L'amylasémie continue d'augmenter.

L'après-midi, on reçoit des hémocultures (+) à Klebsiella, l'étiologie septique est très discutée : origine abdominale, pulmonaire, urinaire ou par catheter (sous-clavière droite).

J + 6 : acidose, anurie, le choc répond mal à la Dopamine. Il existe une hypoxie avec hypercapnie et une hypocalcémie sévère malgré la recharge calcique permanente. Le ventre est météorisé mais il est souple.

J + 7 : choc non compensable, diarrhée, météorisme abdominal, le ventre reste souple malgré une péritonite sous-jacente.

REPRISE CHIRURGICALE le 30/07 : péritonite à liquide puriforme par pancréatite, le corps et la queue du pancréas sont gros avec des pastilles phlegmoneuses.

...

Lavage soigneux. Drainage sous-hépatique, du Douglas et de l'arrière cavité des épiploons.

Suites immédiates : décès rapide, l'anurie, le choc et l'acidose majeure persistent. Arrêt cardiaque dans la nuit du 30/07.

Donc, péritonite secondaire par pancréatite reprise trop tardivement. Une diarrhée a été prise pour une reprise du transit, le ventre était souple malgré la péritonite sous-jacente.Les phénomènes septiques étaient rattachés à des causes très variées (pulmonaire, urinaire, voie d'abord, abdominale).

Observation n°33

LAM... Madeleine, 75 ans - N réa - 1979

ANTECEDENTS : asthme cortico-dépendant.

05/07/79 : Malade de 75 ans, renversée par une voiture, qui présente :
- fracture de l'humérus et de la jambe gauche, du péroné droit, fractures multiples de côtes avec volet thoracique nécessitant une ventilation assistée ;
- choc difficile à compenser attribué à une hémorragie intra-péritonéale : la laparotomie est négative.

Dix jours plus tard : méléna s avec chute de l'hématocrite. La gastroscopie montre un ulcère de la petite courbure gastrique.

MEDIANE SUS-OMBILICALE ITERATIVE : vagotomie tronculaire bilatérale, refection de l'angle de His, gastrotomie pour suture de l'ulcère de stress, pyloroplastie après fermeture de la gastrotomie. Splénectomie d'hémostase. Drain de Eichmann dans la loge splénique, tuile au contact de la pyloroplastie.

Suites : cellulite de la moitié inférieure de la médiane au 5ème jour post-opératoire, le lendemain du pus s'évacue sur toute la longueur de la cicatrice.

8ème jour post-opératoire : fistule duodénale indiscutable, l'état septique va s'aggraver et le 25/07 (J + 9) déhiscence de la paroi avec issue de sang putride.

LAPAROTOMIE ITERATIVE : poche pariétale pleine de caillots sanguins surinfectés, épanchement intra-péritonéal (hémopéritoine surinfecté). Péritonite par déhiscence du tiers supérieur de la pyloroplastie. Abcès sous-phrénique dans la loge splénique, suture de la brèche pylorique avec drainage au contact pour canaliser une fistulisation probable, toilette de la poche pariétale et de la cavité péritonéale, Noxyflex* in situ, un dispositif Schnorchel est installé pour lavage continu au Noxyflex* (un litre de sérum + 4 flacons de Noxyflex* par jour).

27/07 : ablation du Schnorchel, pas de souillure péritonéale, la fistule digestive attendue est bien canalisée. Evacuation de sang putride de la poche sous-cutanée. La paroi est rapprochée sur une lyomousse par 2 gros points.

...

30/07 : changement de la lyomousse. Le péritoine est propre, la fistule est bien canalisée, la suppuration pariétale persistante est méchée.

01/08 : septicémie à E. Coli, germe présent également au niveau de la suppuration pariétale.

03/08 : altération de l'état de conscience, oligurie, l'urée augmente à 35 mMoles (2,10 g/l), ictère.

14/08 : persistance des phénomènes septiques avec coma et insuffisance rénale aigue.

Décès le 28/08 d'un choc septique avec anurie et phénomènes hémorragiques diffus.

Donc, péritonite post-traumatique par désunion d'une pyloroplastie. Décès, malgré la guérison de la péritonite, par septicémie, dont le point de départ le plus probable est une suppuration pariétale favorisée par un traitement corticoïdes permanent pour asthme cortico-dépendant.

Observation n°34

PET... Jacques, 52 ans - G réa n°12465 - 1979

Malade de 52 ans opéré dans un hôpital de Haute-Savoie le 31/08 d'un volvulus du colon droit évoluant depuis 5 jours : hémicolectomie droite, anastomose iléo-colique termino-latérale.

REPRISE le lendemain pour une hémorragie du méso.

J + 9 : fistule extériorisée par les drains avec syndrome toxique important,puis diminution de la fistule avec reprise du transit.

J + 19 : état général aggravé, mutation en réanimation au C.H.U. de Lyon. Devant un tableau septique grave avec acidose, insuffisance respiratoire, sub-ictère, 30 000 GB, état de conscience altéré, il est alors repris par la garde chirurgicale du Pavillon G.

COELIOTOMIE le 19/09 : à travers une médiane un peu déhiscente et suppurée, du pus sort par les drains. Péritonite à abcès péritonéaux multiples disséminés, fistule iléocolique, le grêle est multiperforé et dépéritonisé sur 1,50 m.

La partie terminale du grêle avant l'anastomose présente également de nombreuses perforations. Ablation du grêle perforé avec colectomie de l'angle droit et de la moitié droite du transverse. Anastomose de la première anse jéjunale au jéjunum moyen en latéro-latéral après fermeture des bouts à la pince T.A. 55 et G.I.A. Une perforation suturée sur le grêle est enfouie en 2 plans. Iléostomie terminale, Colostomie terminale distale. Toilette péritonéale, Noxyflex* in situ, installation d'un dispositif Schnorchel après drainage multiple actif par Saratoga et lames multitubulées, lavage continu (2 l/j) au Noxyflex*.

Suites : amélioration de l'état général puis au 5ème jour post-opératoire, choc septique avec hémocultures (+)(Bactéroïdes fragilis) hypothermie à 36° C, marbrures, oligurie, liquide purulent par le Saratoga droit.

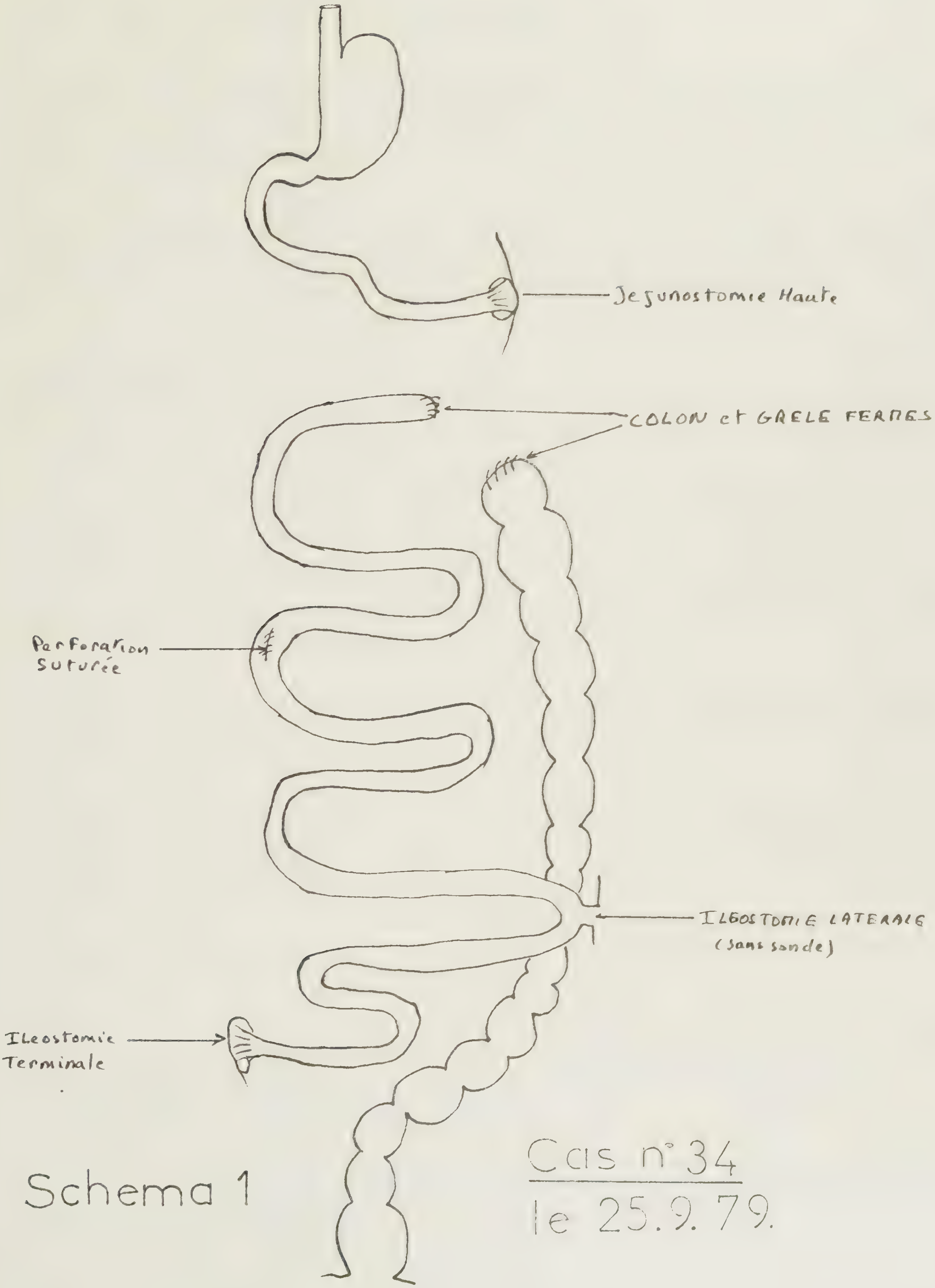
REPRISE le 25/09 (voir schéma n°1 page 66) : Plusieurs fistules du grêle, seule l'anastomose sur le grêle paraît étanche ; jéjunostomie sur la première anse, mise à la peau en iléostomie terminale. Fermeture du colon et de la première anse grêle à la pince T.A. 55, Schnorchel pour lavages continus (2 litres par jour + 4 flacons Noxyflex* par litre de lavage). Sur le plan clinique, l'effet du

...

Noxyflex* semble nul. Les prélèvements bactériologiques du 19 et 25/09 confirment cette impression. Les germes intra-abdominaux sont exactement les mêmes (Candida albicans,Bactéroïdes, E. Coli, Streptocoque faecalis). Le chirurgien a donc réalisé une exclusion totale du grêle pour permettre une guérison.

REPRISE le 28/09 : état général toujours aussi mauvais, nombreuses fausses membranes sur le grêle, un Saratoga est rajouté dans le Douglas. Schnorchel. Lavages continus au Noxyflex*. Décès rapide 3 jours plus tard par tableau hémorragique intra-péritonéal. Décès malgré un méchage d'hémostase.

Donc, péritonite par perforations multiples sur le grêle et désunion d'une anastomose iléo-colique. La resection large sur le grêle, les mises à la peau du grêle et du colon puis l'exclusion totale du grêle avec lavages continus n'ont pas permis la guérison. Décès par hémorragie intra-péritonéale après 6 jours de lavages au Noxyflex*. Les germes intra-abdominaux étaient exactement les mêmes, cela rend compte du peu d'efficacité du produit.



Schema 1

Cas n° 34
le 25.9.79.

Observation n°35

RAP... Adrien, 53 ans - G réa n°12418 - 1979

09/07/79 : hospitalisé dans un hôpital de Haute-Savoie pour tableau péritonéal par appendicite. L'opération montre une perforation d'un diverticule sigmoïdien : Hartmann itératif.

Suites : occlusion au 6ème jour post-opératoire se levant spontanément puis se confirmant à nouveau le 25/07 avec hyperthermie à 39° C. Mutation au C.H.U. de Lyon. Reprise immédiate à son arrivée à la garde du Pavillon G.

COELIOTOMIE le 25/07 : la médiane est agrandie vers le haut, la paroi suppure. Péritonite à abcès multiples : abcès sous-phrénique gauche, méso-coeliaque remontant sous le méso-colon transverse, abcès sous l'angle droit du colon, petits abcès nombreux dans la fosse iliaque droite. La partie moyenne du grêle, qui était incluse dans 2 abcès est remaniée et déchirée en un point : resection avec anastomose latéro-latérale à la pince G.I.A. à 30 cm de l'angle iléo-coecal. Toilette péritonéale, drainage par des lames et des Saratoga de l'anastomose, du flanc droit, de l'hypocondre gauche. Noxyflex* in situ. Fermeture pariétale par points totaux sur une lame multitubulée, peau ouverte.

Suites : hémorragies digestives graves récidivantes d'origine gastrique, malgré le Tagamet *, obligeant la réintervention.

REPRISE le 11/09 : le chirurgien a la surprise de décrouvrir un abcès méso-coeliaque par désunion de l'anastomose iléo-iléale. Resection de 60 cm du grêle, anastomose iléo-coecale.

Gastrectomie des 2/3 avec Péan pour ulcère de la petite courbure gastrique. Drainage.

Suites simples pendant 9 jours, puis le 20/09 température à 39° C avec marbrures et cyanose des extrémités, polypnée, ictère, hémoculture positive à E. Coli. Issue de pus par la médiane et le drainage.

Le 22/09, un transit à la gastrografine montre une fistule de l'anastomose iléo-colique. Le Péan ne fuit pas.

Deux jours plus tard, les phénomènes septiques régressent, le transit reprend par l'anus iliaque gauche.

Suites : alimentation parentérale puis entérale. Le malade sort guéri fin septembre 1979.

Donc, péritonite secondaire par évolution d'une péritonite initiale après perforation d'un diverticule sigmoïdien. Nouvelle péritonite, prise à temps car découverte à l'occasion d'hémorragies digestives graves, par désunion d'une anastomose iléo-iléale faite en milieu septique.

Guérison malgré une fistule du grêle.

Observation n°36

REN... Anne-sophie, 12 ans - G réa n°12148 - 1979

Hospitalisation dans un hôpital de Haute-Savoie pour défense abdominale avec douleur de la fosse iliaque droite et hyperthermie à 39° C.

22/02/79 : Mac Burney agrandi car appendice très haut situé, il est congestif et dilaté. Ectomie, enfouissement. Toilette abdominale. Agrafes sur la peau.

5ème jour post-opératoire : occlusion après 2 jours de sub-occlusion avec vomissements. Reprise chirurgicale.

MEDIANE SUS ET SOUS-OMBILICALE : Il existe un abcès situé contre le moignon appendiculaire à demi nécrosé qui laisse sourdre un peu de liquide digestif. Reprise du moignon par un fil de lin, entérotomie de vidange, lavage au sérum + Noxyflex*. Fermeture plan par plan de la médiane. Drainage par une lame sortant par le Mac Burney initial.

Dans les suites : température à 39° C persistante.

02/03 : apparition d'hématémèses et de mélénas de sang rouge sous Tagamet*. Mutation en réanimation à Lyon au Pavillon G,H.E.H. Une gastroscopie montre plusieurs ulcérations à la partie haute de l'estomac :

REPRISE CHIRURGICALE : désunion de l'éntérotomie de vidange, de la bourse sur le coecum et de plusieurs points de péritonisation sur le grèle. Liquide purulent avec nombreuses fausses membranes.

Gastrotomie, aiguillage de plusieurs ulcérations. Vagotomie tronculaire avec pyloroplastie. Fermeture de la gastrotomie. Resection de l'anse grèle fistuleuse, mise à la peau en canon de fusil des 2 bouts du grèle. Caecostomie sur sonde à ballonnet. Drainages multiples.

Suites : chute de la température puis réascension thermique par septicémie à Bactéroïdes, drainage d'un hémothorax droit. En mars, réalimentation entérale. Infection urinaire à E. Coli en avril.

...

19/04 : rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale sur le grêle.

23/04 : fistule stercorale. Reprise chirurgicale pour resection itérative et nouvelle suture de l'anastomose.

Suites : reprise du transit extériorisé par la caecostomie au 4ème jour post-opératoire.

30/05 : départ, guérie après fermeture de la caecostomie.

Donc, péritonite après appendicectomie par désunion de la bourse d'enfouissement sur le coecum, des points de péritonisation sur le grêle et d'une entérotomie de vidange (pratiquée pour une occlusion post-opératoire). Guérison car la reprise chirurgicale a été très précoce (la main forcée par des hémorragies digestives graves), associée à une resection large du grêle et des stomies sur le caecum et sur le grêle en canon de fusil.

Observation n°37

SAR... Patrice, 19 ans - G réa n°12575 - 1979

02/12/79 : dans la nuit, à la suite d'un accident de voiture, ce jeune homme est hospitalisé dans un hôpital de la Côte-d'Or. Le bilan des lésions montre : fracture de la clavicule et de l'humérus gauche, traumatisme cranien avec perte de conscience initiale brève, le ventre est douteux.

LAPAROTOMIE MEDIANE SUS-OMBILICALE : splénectomie pour rupture de rate, en fin d'opération, il se produit un saignement en nappe sans coagulation. Drain de Van Kemmel dans la loge splénique, fermeture pariétale plan par plan.

J + 2 : oligo-anurie, chute de l'hématocrite, tension abdominale importante.

REPRISE DE LA MEDIANE : agrandie en sous-ombilicale, présence de sang et de caillots dans la cavité abdominale, hématome de l'épiploon gastro-colique. Nettoyage abdominal, 2 drains de Penrose ressortant par la partie haute de la médiane, 2 drains de Van Kemmel dans le Douglas et la loge splénique.

J + 2 : douleurs abdominales, température, insuffisance rénale, épanchement pleural gauche, mise en place d'un lavage à la Bétadine* par le drain de la loge splénique.

J + 4 : chute de la température, diminution des douleurs.
J + 6 : réascension thermique, polynucléose, douleurs.
J + 8 : reprise chirurgicale avec le diagnostic d'abcès sous-phrénique gauche.

INCISION SOUS-COSTALE GAUCHE le 12/12 : il n'existe que 10 cc de pus dans la loge splénique. Fermeture sur 2 drains pour lavage à la Bétadine*.

Mutation le jour même au C.H.U. de Lyon en réanimation pour surinfection broncho-pulmonaire bilatérale grave, état occlusif et septique grave.

REPRISE CHIRURGICALE le 13/12 : décidée par le chirurgien de garde. En effet, la partie supérieure de la médiane est déhiscente et suppure, abdomen est distendu, l'état général est inquiétant avec sub-ictère, polypnée, hyperthermie à 40° C et l'incision sous-costale de la précédente opération était nettement insuffisante pour une exploration complète de la cavité abdominale. Le toucher rectal est normal.

...

Coeliotomie itérative à travers une médiane suppurée, épanchement péritonéal louche avec fausses membranes sur le grêle, le Douglas est plein de pus, la loge splénique suppure modérément sans collection véritable. Entérolyse du grêle, ablation de fausses membranes, lavage abdominal, drainage de la loge splénique et du Douglas par des Saratogas + lames, drainage des 2 gouttières pariéto-coliques par 2 lames. Fermeture pariétale sur lame, peau ouverte.

Pose d'un fixateur externe sur la fracture du tiers supérieur de l'humérus gauche.

J + 1 : ictère hypovolémie, oligurie, acidose, contexte hyperseptique.

J + 8 : hypoxie, pneumopathie poumon gauche, le transit est normal, le Scanner abdominal est négatif.

Extubation le 03/01, sortie le 17/01 pour une maison de repos sous Calciparine (hyperplaquettose).

Le malade est revu le 28/02. Guérison de la fracture et de l'abdomen.

Donc, péritonite post-traumatique par surinfection de la cavité abdominale après évacuation d'un hémopéritoine. Guérison par reprise précoce décidée sur des signes généraux qui s'aggravent alors que les signes locaux étaient très pauvres (toucher rectal négatif alors que le Douglas est plein de pus !).

Observation n°38

SCH... Fritz, 73 ans - G réa n°12222 - 1979

Malade de 73 ans hospitalisé en urgence dans un petit hôpital de la Drôme pour une perforation d'ulcère duodénal connu.

MEDIANE A CHEVAL SUR L'OMBILIC le 16/04/79 : deux litres de liquide digestif intra-péritonéal, la suture simple de l'ulcère est impossible en raison de sa taille géante. Gastrectomie des 2/3 avec anastomose selon Finsterer. La suture du moignon duodénal est laborieuse. Lavage soigneux. Drainage par lames sur le foie, dans la gouttière pariéto-colique droite et vers le Douglas. Fermeture pariétale en un plan.

Mutation en réanimation à Lyon au Pavillon G pour surveillance post-opératoire.

Au 2 ème jour post-opératoire : fistule duodénale modérée ; dans l'après-midi dyspnée, agitation, acidose, fistule massive.

COELIOTOMIE ITERATIVE : il existe un épanchement bilieux duodénal sous-hépatique et sous-diaphragmatique. Pas de cholépéritoine généralisé, du liquide sale se trouve dans le Douglas et entre les anses grêles. L'évolution de la péritonite initiale est plus que probable, le drainage du flanc gauche est insuffisant. Drainage après toilette abdominale par lame dans Douglas et dans la loge splénique, 2 Saratoga + lames dans le flanc droit et sus-hépatique. Un redon du voisinage du moignon duodénal. Fermeture pariétale sur lame multitubulée, peau ouverte, en un plan avec points totaux d'appui sur fil de bronze.

L'opération a été mal supportée avec chute de tension pendant la vidange rétrograde du grêle.

Suites : Hémocultures positives à Kbebsiella puis acidose métabolique, pariétite du flanc droit. Décision de reprise chirurgicale.

LAPAROTOMIE le 24/04 : nombreuses collections purulentes intra-abdominales. Lâchage complet du moignon duodénal. Duodénostomie, lavage abdominal. Installation d'un Schnorchel pour irrigation lavage péritonéal (1 litre par jour et 3 ampoules de Noxyflex*).

...

Suites : diminution de l'acidose, présence de Candida intra-péritonéal, le choc septique est bien contrôlé par la Dopamine*.

REPRISE le 27/04 : issue de pus avec fuites gazeuses par la médiane. L'exploration abdominale montre une fuite par le point faible de la raquette de l'anastomose gastro-jéjunale. Le foie est entouré d'un voile purulent. Présence de pus abondant et visqueux dans la loge splénique. Suture de la brèche au Catgut chromé, drainage aspiratif à son niveau. Nouveau dispositif Schnorchel qui semble efficace sur la péritonite sous-mésocolique.

Suites : pas d'amélioration de l'état général avec ictère, insuffisance rénale et choc septique permanent. Décès le 05/05/79.

Donc, malade de 73 ans ayant présenté, après une péritonite initiale par perforation d'ulcère connu, plusieurs péritonites post-opératoires dont les causes étaient l'évolution persistante de la péritonite initiale, puis le lâchage du moignon duodénal, puis la désunion partielle du point faible de l'anastomose gastro-jéjunale de type Finsterer. Le Schnorchel a eu un effet bénéfique sur la péritonite sous-mésocolique seulement. Décès rapide par choc septique.

Observation n°39

TAR... Jean, 32 ans - N réa - 1979

Homme de 32 ans opéré dans une clinique de la région lyonnaise le 09/02/79 d'une hernie inguinale gauche avec cure de varicocèle du même côté. Il présente brutalement, 2 jours plus tard, un état de choc avec tension nulle, anurie, il est traité par Héparine* et envoyé à l'Hôpital Cardiologique de Lyon avec le diagnostic d'embolie pulmonaire. Quelques examens rapides permettent de réfuter le diagnostic, le malade est alors muté en réanimation au Pavillon N à l'hôpital Edouard Herriot où il présente un nouveau choc avec aspect de cellulite du flanc gauche.

COELIOTOMIE MEDIANE A CHEVAL : 12 heures seulement après le premier choc ayant motivé son transfert en cardiologie. Il existe une péritonite à liquide louche intra-abdominale dont l'origine est une cellulite pariétale. Lavage abdominal, drainage multiple des flancs, du Douglas, de la loge splénique par Saratoga + lames.

Suites : choc Dopamino-sensible, insuffisance rénale à diurèse conservée.

Un streptocoque hémolytique du groupe A est retrouvé dans tous les prélèvements (abdominal, hémocultures, pariétal).

Guérison très rapide en 15 jours.

Procès.

Donc, péritonite par cellulite pariétale à streptocoque A hémolytique. La reprise rapide, 12 heures après l'apparition du choc septique, malgré le diagnostic initial d'embolie pulmonaire a permis la guérison.

Observation n°40

BOI... Gilbert, 51 ans - G réa n°12900 - 1980

ANTECEDENTS :

. Pancréatite aigue en 1969,
. Ethylisme,
. Hernie hiatale,
. Ulcères gastriques et duodénaux,
. Hépatites virales en 1978,
. Pancréatite chronique calcifiante avec retentissement sur le cholédoque et sténose évoluant depuis plusieurs années avec perte de poids de 40 kg.

Après plusieurs refus, le malade accepte enfin l'intervention, le 04/09 dans un hôpital de l'Isère :

Incision en S de Hepp, duodénopancréatectomie céphalique avec anastomoses : wirsungo-jéjunale, cholédocojéjunale sur drain de Kehr, gastro-jéjunale de type Bilroth, jéjuno-jéjunale au pied de l'anse. Tuile latéro-colique droite.

Suites : prothrombine spontanée à 50 %, glycémie stabilisée avec 25 UI d'insuline ordinaire.

J + 5 : pneumopathie au niveau du hile gauche, température à 38°5 C, lencopénie à 2 900 depuis 5 jours.

J + 6 : normothermie, reprise du transit. Ecoulement sale par la cicatrice à gauche.

J + 7 : diarrhée, dyspnée, hypoxie, acidose métabolique. Début de l'alimentation entérale par la sonde jéjunale. Dans la soirée, agitation, désorientation temporospatiale, hypoxie (sans hypercapnie) persistante, le malade est alors traité au Tiapridal* pour suspicion de pré-délirium tremens ! Dans la nuit, acidose majeure, hypercapnie, altération de l'état de conscience, chute de la tension, insuffisance rénale, le malade est alors intubé et ventilé.

J + 8 : l'état clinique s'aggrave, la lèncopénie a disparu (11 100 GB), épisodes de bradycardies extrêmes à chaque essai de sevrage de la ventilation assistée, l'écoulement sale par la lame persiste (E. Coli proteus, Strepto-

...

coque faecalis), le ventre est dur et douloureux, le transit a repris sous forme d'une diarrhée. Tout ceci amène la mutation du malade en réanimation au C.H.U. de Lyon. A son arrivée dans la soirée : pneumopathie diffuse des 2 poumons, douleur et défense abdominale, prothrombine spontanée à 40 %.

LAPAROTOMIE ITERATIVE le 11/09 : péritonite généralisée sans point de départ, toilette, drainage multiple aspiratif.

Suites : troubles de la conscience mal expliqués, puis extériorisation d'une fistule digestive, puis ictère, oligo-anurie, choc septique, hémorragies digestives, nombreux germes dans les prélèvements abdominaux.

Décès le 26/09 par choc septique.

Donc, péritonite post-opératoire sans cause évidente à l'intervention, après duodénopancréatectomie céphalique. L'intervention était lourde chez un homme dont les antécédents sont importants avec la perte de 40 kg par pancréatite chronique. Décès par choc septique 15 jours après la reprise, après l'extériorisation de plusieurs fistules digestives.

Observation n°41

BOR... Vincenzo, 48 ans - G réa n°12774 - G n°3072 - 1980

ANTECEDENTS :

. G.E.A. pour ulcère,
. Artéritique opéré pour un carrefour aortique en 1978.

Malade de 48 ans, hospitalisé le 02/05/80 au Pavillon G à H.E.H. pour syndrome douloureux épigastrique. A l'entrée le taux de prothrombine est à 29 % sous Sintrom*, les amylases sont élevées.

Le lendemain, chute de l'hématocrite de 45 à 28 % avec apparition d'une tuméfaction sous-costale droite. L'aortographie ne montre rien, par contre l'opacification du tronc coeliaque permet de constater qu'il existe un "désert pancréatique vasculaire". Le 05/05, la prothrombine est remontée à 91 %, il existe une défense sous-costale droite.

MEDIANE A CHEVAL SUR L'OMBILIC : à travers un treillis d'acier mis pour cure d'éventration. Hémopéritoine de 500 cc. Monstrueux hématome de la moitié droite de l'abdomen. La lésion est un hématome très important du cadre duodénal depuis le moignon de la gastrectomie jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal avec sphacèle noirâtre. La vésicule sous tension renferme 3 calculs. Le cholédoque est dilaté. Le diagnostic per-opératoire posé est donc : hématome duodénal aux anticoagulants arrivé au stade irréversible de sphacèle avec pancréatite aigue par oblitération vatérienne dans l'hématome. Duodéno-pancréatectomie céphalique. Anastomose wirsungo-jéjunale, choledocojéjunostomie sur drain de Kehr, anastomose gastro-jéjunale précolique à la Finsterer en monoplan. Redon contre le pancréas gauche, un autre dans la fosse lombaire droite, une tuile au contact de l'angle droit et de son méso suintant.

Suites : 4 jours après, évacuation d'un hématome suppuré, fétide, sans liquide digestif évident.

Au 10ème jour post-opératoire : la fièvre persiste, l'écoulement fétide qui avait disparu, réapparaît.

REVISION ABDOMINALE le 14/05 : nécrose de l'angle droit du colon avec solution complète de continuité, elle semble plus secondaire à l'hématome qui englobait

...

le méso jusqu'à la pancréatite en voie de guérison.

L'anastomose wirsungo-jéjunale semble douteuse ; elle est désunie et le wirsung et l'orifice du grêle sont oblitérés. Suture du grêle par un point en x au niveau de l'extrémité borgne. Hémicolectomie droite avec extériorisation en iléostomie terminale de la fin du grêle, colostomie au niveau du transverse dans la médiane.

Drainage, fermeture pariétale par points totaux au bronze.

Suites : décès rapide le lendemain.

Donc, péritonite secondaire par nécrose de l'angle colique droit, secondaire à un hématome du méso par accident aux anticoagulants. Décès rapide le lendemain de cause inconnue.

OBSERVATION N°42

BOY... Daniel, 54 ans - G réa n°12632 - G n°2453 - 1980

ANTECEDENTS :

. Phlébite jambe gauche en 1975,
. Hémiplégie droite le 22/06/79,
. Cancer de l'oesophage opéré le 02/07/79 avec gastrectomie du tiers supérieur, oesophagectomie inférieure, anastomose oesogastrique termino-terminale.

REHOSPITALISATION en janvier 1980 pour récidive néoplasique avec sténose de l'oesophage infranchissable et fistule oeso-trachéale.

MEDIANE A CHEVAL SUR L'OMBILIC le 31/01/80 : pour oesocoloplastie palliative. Prise d'un transplant transverse isopéristalique, reconstitution de la continuité colique par anastomose termino-terminale. Cervicotomie pré-sterno-cléïdo-mastoïdien gauche, isolement de l'oesophage qui est sectionné après ligature le plus bas possible. Tunnellisation rétrosternale. Ascension de la plastie, anastomose oeso-colique cervicale termino-terminale monoplan. Fermeture sur un redon, implantation du transplant dans la première anse grêle. Fermeture des orifices des mésos, jéjunostomie à la Witzel sur sonde à ballonnet en aval de l'anastomose transplant-grêle. Redon médiastinal et sous-costal gauche. Fermeture pariétale à l'Ercedex*.

Le malade est muté en réanimation sous ventilation assistée après l'intervention pour surveillance post-opératoire.

J + 3 : épanchement pleural gauche.

J + 5 : issue de liquide fécaloïde par un redon gauche au contact de l'anastomose colo-colique. L'indication chirurgicale est repoussée car l'état général est bon. On opère une cloisonnement du trajet fistuleux. Le ventre est souple.

J + 10 : écoulement stercoral persistant, insuffisance respiratoire, ballonnement et défense abdominale diffuse.

MEDIANE ITERATIVE : désunion de l'anastomose colo-colique, source de péritonite. Mise à la peau des 2 bouts de l'anastomose par une incision latérale de chaque

...

côté. La jéjunostomie et réamarrée à la paroi. Drainage dans les 2 fosses iliaques et le Douglas par des Saratoga. Fermeture pariétale par point totaux au fil de bronze et Ercedex*.

J + 3 : inondation trachéale permanente par du liquide digestif verdâtre. L'état général est catastrophique. Pas d'acharnement thérapeutique en raison du contexte et du diagnostic initial. Ubiquité du pyocyanique. Décès le soir même par choc septique.

Donc, malade de 54 ans opéré d'un néoplasme de l'oesophage en juillet 1979 qui va récidiver 5 mois plus tard nécessitant une oesocoloplastie palliative. Désunion d'une anastomose colo-colique, après prise d'un transplant colique transverse, révélée par une fistule stercorale 5 jours avant la décision de reprise. Décès rapide d'un choc septique.

Observation n°43

CAR... Alice, 68 ans - G réa n°12893 - N réa n°01332 - G n°3218 - 1980

ANTECEDENTS : laparotomie en 1942 pour pelvipéritonite d'origine gynécologique avec éventration séquellaire.

La malade est hospitalisée le 25/01/80 dans un hôpital de la Savoie pour occlusion sur éventration étranglée de la ligne médiane.

LAPAROTOMIE SOUS-OMBILICALE : les deux dernières anses grêles et le coecum ont une couleur brunâtre. Cure de l'éventration. Points séparés sur la peau.

Suites simples puis le 23/03, iléus brutal avec douleurs abdominales et voussure para-ombilicale gauche : reprise immédiate.

LAPAROTOMIE ITERATIVE : Péritonite sans cause à l'exploration abdominale, il existe une poche de péritonite cloisonnée à liquide louche (Entérocoque, E. Coli, Bactéroïdes fragilis) dans le mésentère, l'entérolyse permet de découvrir de nombreuses poches purulentes cloisonnées, 2 plaies iatrogènes du grêle au cours de l'entérolyse sont suturées. Toilette abdominale, Noble, 2 drains de redon d'entrée et 4 drains de Silastic de sortie pour lavage continu. Fermeture cutanée monoplan, 2 points totaux, bas collé sur la paroi.

La malade est confiée au C.H.R. d'Annecy pour surveillance post-opératoire. La reprise du transit se fait au 3ème jour post-opératoire, arrêt des lavages.

Le 01/04, extériorisation par un drain supérieur gauche d'une fistule du grêle (1,5 l/j).

REPRISE CHIRURGICALE le 22/04 : pour douleurs abdominales gauche avec vomissements et augmentation importante du débit de la fistule ; nombreux clapiers péritonéaux purulents, désunion totale d'une suture latérale faite sur le grêle, mise à la peau de la fistule, gastrostomie, installation d'un Schnorchel pour irrigation, lavage du péritoine.

Suites : mutation à Lyon le 24/04 au Pavillon N réa à H.E.H. pour problèmes de tension, écoulement fécaloïde par la fistule, polynucléose (18 000 GB), élévation de la coupole droite.

...

REVISION DU SCHNORCHEL le 26/04 : la masse du grêle baigne dans un liquide purulent abondant, la stomie intestinale fuit et il existe à son niveau un abcès à contenu fétide. L'abouchement du grêle à la peau est refait, toilette péritonéale, remplacement du Schnorchel par une Lyomousse du fait que la masse du grêle est complètement fixée. Drainage multiple.

REPRISE LE 05/05 : changement de Lyomousse, la cavité péritonéale est propre.

09/05 : nouvelle fistule intestinale avec insuffisance rénale à diurèse conservée, un transit à la gastrografine ne permet pas de situer l'origine de la fistule.

16/05 : diminution de la fistule et de l'insuffisance rénale. La malade est alors mutée dans le C.H.R. d'Annecy qui la renvoie à nouveau le 16/07 pour déperditions massives par l'entérostomie difficilement compensées. L'état général est mauvais avec une mycose généralisée.

REPRISE LE 25/07 : pour tentative de rétablissement de la continuité : médiane sus et sous-ombilicale, libération de la stomie, l'anse efférente est complètement soudée par une adhérence serrée à la paroi, 10 cm en aval. Tout rétablissement local de la continuité aurait été illusoire, longue libération de l'intestion en défaisant pas à pas l'opération de Noble, de façon à avoir une entérolyse complète. Resection copieuse du grêle emportant la stomie, l'anse efférente très altérée et un paquet d'anses qui fermait en quelque sorte l'éviscération couverte.

Resection entre deux coups de pince T.A. 55, anastomose latéro-latérale à la pince G.I.A., fermeture au surjet Catgut de la fente mésentérique sur ses deux faces. Drainage, fermeture pariétale.

Suites : fistule du grêle, pas de problème septique, mutation au C.H.R. d'Annecy.

Donc, péritonites post-opératoires successives chez une dame de 68 ans dont la guérison sera laborieuse. Pas de cause visérale pour la première P.P.O., la désunion d'une suture du grêle faite en milieu septique et des fuites autour d'une entérostomie sont à l'origine des péritonites suivantes. Guérison malgré une nouvelle fistule du grêle après rétablissement de la continuité viscérale entérique.

OBSERVATION N°44

CHA... Mohamed, 60 ans - G réa n°12760 - 1980

ANTECEDENTS : gastrectomie de type Polya pour ulcère en mars 1979. Cure chirurgicale d'un prolapsus rectal en mars 1980.

Malade de 60 ans qui se présente à la garde du Pavillon G pour une occlusion avec vomissements bilieux, douleur et contracture de la fosse iliaque droite. Niveaux liquides sur l'A.S.P.

LAPAPOROTOMIE ITERATIVE : perforation per-opératoire spontanée du grêle qui est suturée. Plage de nécrose sur le colon transverse, abouchement du colon transverse à la peau après vidange rétrograde du colon et du grêle. Drainage par 3 Saratoga (coupole droite, Douglas, gouttière pariéto-colique gauche). Fermeture:plan total au fil de bronze. L'iléocolectomie qui aurait été l'opération logique n'a pas été envisagée en raison du mauvais état général et de l'imprécision vis-à-vis de la nature du processus pathologique en cause.

J + 1 : état de choc non cardiogènique impressionnant, du liquide douteux sort par la colostomie. Le ventre est tendu, hyperalgique, tous les drains sont bouchés.

J + 2 : choc persistant, acidose, troubles de la coagulation, taux de prothrombine spontanée à 30 % et thrombopénie à 50 000. Décision de reprise pour péritonite secondaire avec le diagnostic d'entéro-colite nécrosante :

LAPAROTOMIE ITERATIVE : liquide intra-péritonéal horriblement fétide. Entéro-colite nécrosante des 2/3 inférieurs du grêle et de l'ensemble du cadre colique. La suture du grêle est en instance de déhiscence. Iléo-colectomie. Il reste 1,50 m de grêle. Jéjunostomie. Fermeture du moignon rectal.

La peau est rapprochée sur un Mickulicz qui coiffe le moignon rectal, un dispositif Schnorchel permettra de surveiller le grêle restant.

Décès rapide le lendemain par choc septique.

Donc, l'iléo-colectomie qui aurait dû être faite lors de l'intervention initiale et qui n'a pas été envisagée en raison d'un mauvais état général, a dû être finalement pratiquée sur un état général catastrophique avec péritonite par extension des lésions d'entéro-colite nécrosante initiale. Décès par choc septique.

Observation n°45

COC... Gilbert, 50 ans - G réa n°12738 - 1980

Malade de 50 ans, opéré le 05/12/79 d'un abcès appendiculaire, dans un hôpital de Savoie. Les suites post-opératoires ont été compliquées avec en particulier une fistule pyo-stercorale, un lavement baryté permet de découvrir un néoplasme du colon droit qui sera opéré quelques temps après.

Le 08/04/80 : Hémicolectomie droite avec anastomose immédiate iléo-colique, dans le même hôpital de Savoie.

J + 4 : choc avec collapsus, la sonde gastrique ramène 2,5 litres de liquide, l'abdomen est tendu, douloureux, polynucléose (33 000 GB), température 38°5 C.

J + 5 : Mutation en réanimation à Lyon pour suites post-opératoires compliquées. Le malade est vú par le chirurgien de garde qui pose l'indication de reprise immédiate. Le diagnostic de péritonite est évident : issue de liquide fétide dont l'odeur est épouvantable par la médiane et par une tuile droite. Le malade est confus, hyperthermique avec un choc septique persistant, l'abdomen est douloureux et se défend, le toucher rectal est douloureux, le Douglas est bombant.

COELIOTOMIE ITERATIVE le 13/04 : la paroi suppure beaucoup, à l'ouverture flot putride grisâtre venant de l'hypocondre gauche du Douglas, il est particulièrement abondant entre les anses grêles, la coeliotomie est agrandie, il existe une désunion de l'anastomose iléo-colique. Resection, iléostomie en crosse, extériorisation du colon distal fermé dans un orifice sous-costal gauche. Drainage des flancs, des coupoles, du pelvis par des lames de Yeats et des Saratoga. Un dispositif Schnorchel est mis en place en raison de la suppuration pariétale, lavage continu intra-abdominal (2 litres de sérum physiologique + 4 flacons de Noxyflex* par 24 heures).

REVISION DU SCHNORCHEL le 16/04 : persistance de liquide purulent qui s'écoule des flancs. Toilette péritonéale, Lyomousse à la place du Schnorchel.

Le lendemain, dans la soirée, acidose, du pus s'écoule par le drain de façon très abondante avec puanteur importante.

...

REPRISE CHIRURGICALE IMMEDIATE : ablation de la Lyomousse, grande quantité de pus cloisonné dans le flanc gauche. Le pus remonte vers la loge splénique. Toilette abdominale qui permet de nettoyer d'autres épanchements purulents localisés : dans l'espace interhépatodiaphragmatique, dans le pelvis et entre les anses grêles. Nouveau Schnorchel avec 8 litres de lavage + Rifocine par jour.

23/04, REFECTION DU SCHNORCHEL : pas de collection suppurée intra-abdominale, appareillage de la colostomie par une sonde de Foley permettant une réinstallation du liquide digestif.

26/04, REPRISE CHIRURGICALE : des suppurations résiduelles des 2 flancs sont nettoyées. Ablation du Schnorchel remplacé par une Lyomousse. 2 lames drainent les flancs.

30/04 : acidose métabolique, septicémie à Serratia, ablation des lames favorisant l'auto-entretien de l'infection persistant au niveau des flancs.

REPRISE LE 03/05 : persistance de pus dans les flancs, il existe une colonisation néoplasique du flanc droit, nombreux nodules néoplasiques à la face profonde du péritoine pariétal traduisant la généralisation du phénomène néoplasique initial.

08/05 : septicémie à streptocoque viridans, insuffisance rénale à diurèse conservée sous furosémide.

Décès le 12/05 en état de choc septique.

Donc, péritonite secondaire à une hémicolétomie droite pour cancer du colon droit avec anastomose iléo-colique immédiate dont la désunion est à l'origine de la péritonite post-opératoire. Reprise tardive, les signes de péritonite étaient évidents, 24 heures avant la reprise.

Décès par choc septique après généralisation du néoplasme initial et septicémie à Serratia puis à Streptocoque viridans. Les lavages continus à grand débit (8 l/j) n'empêchaient pas le "recollage" immédiat des anses grêles emprisonnant des collections inter-anses suppurées.

OBSERVATION N°46

DUC... Juliette, 68 ans - G réa n°12912 - 1980

Femme de 68 ans opérée dans une clinique de la Haute-Savoie le 04/09/80 pour une occlusion en relation avec une sténose de la jonction rectosigmoïdienne (sténose sur diverticulite à l'anatomie pathologique) : anus iliaque gauche, la masse dure située dans une région diverticulaire adhère au péritoine pariétal postérieur et à l'utérus.

Suites : pas de reprise du transit au 8ème jour puis syndrome douloureux abdominal avec 2 niveaux liquides sur la radio abdominale.

REPRISE le 14/09 : péritonite par perforation d'un gros ulcère de la face antérieure du pylore dont l'aspect évoque plutôt l'ulcère ancien, suture de l'ulcère, épiplooplastie, pas de vagotomie, lavage abdominal au sérum + Bétadine.

Dans les suites : fistule duodénale de 500 à 800 ml par jour.

21/09 : toubles de la conscience qui s'aggravent pendant 48 heures, pas de reprise du transit, température à 40° C.

23/09 : défense abdominale, mutation à Lyon en réanimation au Pavillon G, elle est vue par le chirurgien de garde qui décide la reprise chirurgicale immédiate.

COELIOTOMIE à travers une paroi déhiscente, volumineux abcès sous-hépatique. Toilette soigneuse au Noxyflex*. Drainage multiple, fermeture sur une Lyomousse et un Contensor collé.

Par manque de place dans le service, la malade est mutée tout de suite en réanimation à l'Hôtel Dieu de Lyon.

Suites : état confusionnel avec agitation puis pneumopathie, surinfection à Candida Krusei, insuffisance rénale, apparition d'une 2ème fistule digestive complexe au niveau du transverse. Le 16/10, une échographie abdominale affirme formellement l'existence de 3 abcès intra-péritonéaux dont un de plus de 12 cm de long. La malade est alors renvoyée à la garde du Pavillon G pour une reprise chirurgicale.

L'EXPLORATION INTRA-ABDOMINALE est négative ! Aucune trace de collection suppurée.

...

Dans les jours suivants : aggravation abdominale avec douleurs, défense diffuse, la gastroscopie avait montré un volumineux ulcère de la face antérieure du bulbe dont la perforation est à l'origine d'une péritonite itérative. La situation étant désespérée, la reprise chirurgicale est refusée.

Décès le 31/10 d'un choc septique.

Donc, péritonite post-opératoire par perforation d'un ulcère à la face antérieure du pylore après un anus iliaque gauche pour sténose (sur diverticulité) de la jonction rectosigmoïdienne. Après pérennisation des phénomènes septiques aboutissant à une récidive de la perforation, l'état général ne permettant aucune reprise chirurgicale, décès rapide.

OBSERVATION N°47

DUC... Jean, 64 ans - N réa n°01294 - 1980

ANTECEDENTS : hypertension artérielle, obésité.

Malade de 64 ans sorti d'un hôpital périphérique 4 jours auparavant. Il était hospitalisé pour septicémie à E. Coli et sinusite purulente drainée. Il est hospitalisé le 04/04 au Pavillon des Urgences médicales à H.E.H. pour des douleurs abdominales non étiquetées. Le lendemain, collapsus, cyanose, obnubiliation. Le malade est muté en réanimation au Pavillon N où il présente une défense abdominale avec météorisme, douleurs abdominales entrecoupées de rémissions avec diarrhée. Toucher rectal indolore.

LAPAROTOMIE MEDIANE le 05/04/80 : infarctus veineux mésentérique, nécrose avec perforation du grêle par thrombose veineuse mésentérique, entérectomie sub-totale avec anastomose latéro-latérale duodéno-iléale à la pince G.I.A.

Suites immédiates : oligurie, chute de tension.

3ème jour post-opératoire : hypoxie, cyanose, oligurie, collapsus que la Dopamine* a de plus en plus de mal à contrôler, issue par les drains de liquide fécaloïde.

COELIOTOMIE ITERATIVE à travers une paroi suppurée : péritonite par perforation du grêle 10 cm en aval de l'anastomose entérique ; perforation portant sur une zone dévitalisée. Cette dévitalisation s'étend par plages sur une trentaine de centimètres. Resection du grêle malade, iléostomie en crosse du grêle distal dont il doit rester au maximum 50 cm. Du côté du duodénum, la nécrose s'est étendue et dépasse l'angle duodénojéjunal. Le 3ème duodénum est prudemment dégagé et fermé par un coup de pince T.A. 55. Pyloroplastie, épiplooplastie, gastrostomie sur sonde de Folatex. Toilette péritonéale, drainage du moignon duodénal (lames + Saratoga). Mise en place d'un dispositif Schnorchel avec lavage continu (1 litre de sérum + 4 flacons de Noxyflex*) (un prélèvement abdominal pour la bactériologie pousse à Proteus et Streptocoque faecalis).

Suites : amélioration des conditions hémodynamiques et de la diurèse.

...

REVISION DU SCHNORCHEL le 11/04 : Pas de fistule, le grêle a un excellent aspect. Toilette rapide. Une Lyomousse est mise à la place du Schnorchel. Bactériologie : mêmes germes que le 08/04 + un Candida albicans.

Suites : nouvelle aggravation brutale de l'insuffisance rénale nécessitant 2 séances de dialyse, il existe en effet, un problème aigu de surinfection pulmonaire (Proteus, E. Coli, Streptocoque faecalis, Staphylocoque doré, Klebsiella) entraînant une hypoxie sévère avec chute de tension.

Décès par arrêt cardiaque le lendemain.

Donc, péritonite par perforation d'une zone dévitalisée sur le grêle 3 jours après une entérectomie sub-totale pour nécrose du grêle par infarctus veineux mésentérique. Décès rapide par surinfection pulmonaire. Après lavage continu au Noxyflex*, il n'y a pas eu de stérilisation des prélèvements abdominaux mais les mêmes germes ont été retrouvés avec en plus un Candida albicans !

Observation n°48

FIA... François, 60 ans - N réa n°01618 - 1980

Malade de 60 ans hospitalisé dans un hôpital de l'Isère pour péritonite, il est opéré en urgence le 22/09 :

EXPLORATION INTRA-ABDOMINALE : péritonite stercorale par perforation du coecum en amont d'un cancer de l'angle gauche du colon. Caecostomie.

Suites simples.

LAPAROTOMIE XYPHO-PUBIENNE le 21/10 : hémicolectomie gauche, anastomose transverso-rectale, conservation de la caecostomie.

Suites compliquées par une oligoanurie dès le 2ème jour post-opératoire.

J + 4 : transfert en réanimation à Lyon au Pavillon N pour hémodialyse. Il existe, en effet, une insuffisance rénale sévère dont l'étiologie est très discutée : infectieuse, transfusionnelle, fistule non extériorisée. L'abdomen est tendu, l'échographie ne montre rien. Le malade est intubé et ventilé.

J + 8 : septicémie à Streptocoque faecalis. Les séances de dialyse sont quotidiennes.

J + 14 : en plus, apparaît un ictère, l'insuffisance rénale organique est attribuée à la présence d'anticorps anti-kell dans le sang. L'échographie et un transit à la gastrografine sont négatifs.

J + 16 : un scanner abdominal montre une collection liquidienne de la queue du pancréas. L'échographie ne retrouve cette collection que 2 jours plus tard (07/11), l'insuffisance rénale ne cède pas malgré les nombreuses séances de dialyse, infection urinaire sévère à Serratia, choc septique.

REPRISE CHIRURGICALE dans la soirée du 07/11 : péritonite par pancréatite caudale nécrotique et hémorragique avec séquestres, pancréatite céphallique oedémateuse. Pancréatectomie caudale, splénectomie, jéjunostomie d'alimentation, gastrostomie de décharge. Drainage, lavage par les drains de Shirley. Tuile dans la loge splénique.

Suites : diminution de la température.

...

J + 5 : les drains de Shirley, inefficaces sont enlevés. Impression de masse de la fosse iliaque gauche. Insuffisance rénale persistante, ventilation assistée permanente, le transit a repris par la caecostomie (selles noires).

J + 6 : une échographie découvre une collection de la fosse iliaque gauche remontant dans la gouttière pariéto-colique gauche.

J + 7 : hyperthermie, choc, anémie, du liquide noirâtre fétide sort par la cicatrice.

J + 8 : état septique grave avec grosse masse de l'hypocondre gauche.

COELIOTOMIE ITERATIVE le 15/11 : énorme hématome de la loge splénique qui saigne en nappe. Le pancréas est encore nécrosé : resection itérative. Perforation de la grande courbure gastrique 10 cm au-dessus de la gastrostomie. Dans tout le flanc gauche et la fosse iliaque gauche énorme collection purulente dans laquelle baignent des anses grêles recouvertes de fausses membranes. L'anastomose transverso-rectale est complètement recouverte par des adhérences qui, par prudence, ne seront pas libérées volontairement. Grande toilette abdominale, drainage de la loge splénique, du flanc et de la fosse iliaque gauche. La perforation gastrique est préparée pour la transformer en une sorte de gastrostomie de nécessité sur sonde de Pezzer. Tous les drainages (Saratoga + tuile) ressortent par une contre-incision sous-costale gauche laissée largement béante. La médiane est refermée par un surjet à l'Ercedex* peau ouverte, lame multitubulée sous-pariétale, 2 ventrofils de soutien.

02/01/81 : hémorragies digestives graves nécessitant un traitement continu de Maalox* + Tagamet*. Infection urinaire à Serratia.

07/01/81 : l'état général du malade s'est de nouveau dégradé et ne nécessite pas de nouvelle épuration extra-rénale, le débit de la fistule sous-costale, en principe gastrique, s'est accru.

REPRISE DE LA SOUS-COSTALE : vaste cavité parfaitement limitée vis-à-vis du grand ventre, dans cette cavité s'ouvre la grande courbure gastrique béante sur plus de 10 cm. Au-dessus, 2 anses grèles sont ulcérées à la fois par le contact du suc gastrique et du matériel de drainage, ce qui réalise un véritable carrefour fistuleux. En raison de l'état général du malade, la peau est refermée avec un ventrofil d'appui et ce vaste carrefour est drainé par 2 Saratoga glissés dans l'ancien orifice de gastrostomie, le foyer étant largement

...

irrigué à l'acide lactique pour essayer de diriger les fistules. Pronostic très sombre.

Suites : hémorragies digestives, insuffisance rénale aggravée.

23/01 : état de conscience altéré, hypoxie, hypercapnie, polynucléose à 20 000 GB, hyperthermie à 38°5 C, le malade est à nouveau intubé et ventilé. L'état septique du malade ne cesse pas de se dégrader jusqu'à son décès fin février 1981.

Donc, après perforation du coecum en amont d'un cancer de l'angle gauche du colon, péritonite post-opératoire par pancréatite puis par perforation de la grande courbure de l'estomac. Reprise tardive 14 jours après l'apparition d'une insuffisance rénale ne cédant pas à de nombreuses hémodialyses. Décès par dégradation de l'état général progressive et irréversible.

OBSERVATION N°49

GAR... Antonia, 55 ans - G réa n°12782 - 1980

ANTECEDENTS : G.E.A. de type Polya pour ulcère en 1958, appendicectomie, ovariectomie droite en 1963, rein double à droite avec infection urinaire à répétition.

10/05/80 : cholecystectomie à froid pour lithiase dans un hôpital de l'Ain. Fermeture sur tuile de drainage.

J + 4 : pas de reprise du transit, oligurie, ictère, acidose métabolique.

19/05/80 : réintervention, exploration abdominale négative, lavage simple à la Bétadine*. Tuile sous-hépatique.

Suites immédiates : l'acidose, l'ictère, l'insuffisance rénale s'aggravent. Mutation en réanimation à Lyon au Pavillon G où la malade est ventilée. L'abdomen est souple et le transit a repris sous forme de selles bilieuses.

22/05/80 : apparition de pus par le drainage sous-hépatique et entre les points de la médiane sus-ombilicale.

COELIOTOMIE ITERATIVE : Péritonite généralisée (Proteus, Staphylocoque doré, Streptocoque faecalis et Entérocoque) localisation préférentielle à l'étage abdominal supérieur. Il existe une hernie muqueuse à la jonction petite courbure gastrique et l'anse efférente du montage Polya avec une perforation punctiforme au sommet de cette hernie correspondant à la zone d'appui d'une mèche. Suture de la perforation par un point en x recouverte par une épiplooplastie en couronne. Le fil de ligature cystique est partiellement coupé, il existe un petit épanchement bilieux au niveau du hiatus de Winslow.

Large toilette péritonéale au Dakin. Ablation des fausses membranes. Drainage multiple aspiratif par Saratoga + lames. La paroi étant phlègmoneuse, mise en place d'un Schnorchel. Irrigation péritonéale (2 litres de sérum salé par 24 heures).

REMARQUES : les causes de la péritonite sont difficiles à mettre en évidence : il s'est développé très tôt après la première intervention une péritonite à bas-bruit, à Staphylocoque doré très probablement dont l'origine est difficile à

...

préciser (Staphylocoque présent dans la bile ?). La réintervention n'a pas trouvé de lésion viscérale mais elle s'est soldée par une extension de l'infection, en particulier à la paroi, ce qui confirme que le germe était déjà dans la place. Les fuites gastriques et biliaires semblent tout-à-fait secondaires mais viennent ajouter leur propre note péjorative à l'ensemble du tableau.

Suites : 9 nouvelles interventions pour des problèmes divers : phénomènes septiques de paroi persistants, fistule gastro-jéjunale (lâchage de l'épiplooplastie), hémorragies artérielles de paroi, collections septiques sous-phréniques.

Les problèmes de réanimation ont été complexes avec septicémie à Staphylocoque doré et à Proteus, surinfections pulmonaires et urinaires, trouble de la conscience, hépatite septique, fistule digestive intarissable et enfin, ulcère de stress hémorragique (sous Tagamet* à la dose de 6 ampoules par jour).

Après 10 mois d'hospitalisation en réanimation, la péritonite est guérie mais la malade est toujours hospitalisée pour un problème de fistule entraînant des troubles métaboliques importants.

Donc, après une cholécystomie à froid, péritonite secondaire ayant évolué à bas-bruit pendant quelques temps avant de se manifester de façon évidente par l'issue de liquide purulent par les drains et par la suppuration de la paroi. Le traitement de cette péritonite par drainage multiple actif est un dispositif Schnorchel (isolant une paroi suppurée) associé à un lavage continu de la cavité abdominale au sérum salé simple ont permis la guérison du sepsis péritonéal. Une fistule digestive retarde la sortie définitive de la malade, toujours présente en mars 1981 dans le service de réanimation du pavillon G.

Observation n°50

GUI... Maxime, 41 ans - G réa n°12761 - 1980

Malade de 41 ans victime d'un accident de voiture le 05/05/80, il est resté encastré dans sa voiture pendant plus d'une heure. A son arrivée à H.E.H., il présente un état de choc avec tension imprenable, météorisme abdominal diffus avec défense, fracture ouverte du fémur gauche, traumatisme cranien avec perte de conscience, fracas de la rotule droite, fracture du malaire droit, disjonction de la symphyse pubienne et sacro-iliaque droite. L'urographie et la cystographie sont normales.

LAPAROTOMIE MEDIANE à la garde chirurgicale après remplissage vasculaire (sang + plasma). Il existe à l'exploration intra-abdominale des lésions viscérales multiples :

- rupture de rate, splénectomie,
- plaie du lobe gauche du foie suturée,
- hémostase du ligament rond au catgut,
- désinsertion vésiculaire, cholecystectomie,
- gros hématomes rétro-pubien et rétro-péritonéal non touchés,
- plaie mésentérique s'accompagnant d'une anse grêle infarcie nécessitant, après resection de 20 cm d'iléon, une anastomose termino-terminale sur le grêle,
- suture d'une brèche sur le sigmoïde.

Drainage par un Saratoga + lame dans la loge splénique et un Saratoga sous la coupole droite.

Mise en place d'une traction sur le fémur droit.

Suites : retour à la normale de la tension.

J + 3 : hyperthermie à 39° C avec insuffisance respiratoire aigue.

J + 5 : reprise du transit.

J + 8 : température à 40°5 C (6 hémocultures négatives en 6 jours). Liquide céphalorachidien stérile). Echographie : collection liquidienne intra-abdominale.

...

REPRISE le 13/05 : exploration abdominale négative. L'urée monte à 2,60 g/l amenant une séance d'épuration extra-rénale.

J + 10 (15/05) : écoulement putride par la médiane et par un Saratoga depuis 24 heures. La reprise montre un lâchage de l'anastomose du grêle avec péritonite stercorale. Choc puis arrêt cardiaque récupéré en cours d'intervention.

Décès post-opératoire immédiat d'un nouvel arrêt cardiaque.

Donc, péritonite post-traumatique stercorale par désunion d'une anastomose iléo-iléale après 10 jours de phénomènes septiques majeurs. Une intervention pratiquée deux jours avant n'avait rien montré (lâchage de suture méconnu ?). Décès post-opératoire immédiat par arrêt cardiaque.

Observation n°51

GRO... Maurice, 49 ans - G réa n°12721 - G n°2996 - 1980

ANTECEDENTS : polyarthrite rhumatoïde depuis 2 ans, hernie hiatale depuis 10 ans, traitement actuel : Cortancyl 20 mg, Tagamet, Cébutid, Maalox, phosphalugel.

Ce malade présente depuis 6 jours des douleurs abdominales avec température, défense épigastrique sans contracture vraie avec 29 300 GB, radio abdominale normale.

LAPAROTOMIE MEDIANE A CHEVAL secondairement agrandie vers le haut, le 12/03 à la garde du Pavillon G : liquide purulent dans la région gastro-duodénale, perforation d'un ulcère du genu superius suturée par un point en X. Epiplooplastie irréalisable (l'épiploon est cartonné). La péritonite s'est cloisonnée dans la région duodénale, on évite de faire un grand lavage péritonéal, nettoyage de la région sous-hépatique au sérum Bétadine*, lame au contact de la petite courbure sortant par la médiane, lame + Saratoga dans la gouttière pariétocolique droite sortant par une contre-incision droite. Fermeture de la paroi en 2 plans, fil sur la peau.

REPRISE POUR OCCLUSION POST-OPERATOIRE le 27/03 après que se soit extériorisée, par la lame ressortant par la médiane, une hémorragie qui s'est arrêtée le 26/03. La médiane est prolongée vers le bas : vieux sang dans la cavité péritonéale, occlusion par agglutination des dernières anses grêles autour d'un abcès le long de la racine du mésentère.

Lavage soigneux, hémostase du décollement duodéno-pancréatique, qui saigne, par du Sorbacel. Drainage.

J + 2 : hyperthermie.

J + 3 : la sonde gastrique ramène 1,6 litre par jour, pneumopathie à la base droite.

J + 4 : altération de l'état de conscience, température à 39°2 C, détresse respiratoire avec alcalose, intubation et mutation en réanimation .

J + 5 : 39°6 C, syndrome occlusif, ventre ballonné, liquide louche et verdâtre sortant par une lame, décision de reprise chirurgicale.

...

MEDIANE ITERATIVE : péritonite cloisonnée par perforation d'un ulcère duodénal de stress (sous Tagamet), suture et drainage au contact de la perforation, dispositif Schnorchel mis en place.

Suites : poussées d'hyperthermie avec choc, insuffisance rénale et respiratoire, ictère, chute de la prothrombine à 53 %, méléna s.

Décès par choc septique le 06/04.

Donc, péritonite post-opératoire par perforation d'un ulcère de stress sous Tagamet. L'intervention initiale était déjà une perforation du genu superius sous Tagamet et Cortancyl. Sepsis généralisé persistant avec ubiquité de levures, choc septique fatal rapidement.

Observation n°52

MEH... Youcef, 38 ans - G réa n°12742 - 1980

Accident de circulation à Constantine (Algérie) le 12/03/80, nombreuses lésions avec :

- plaie du front et du genou droit,
- fracture du fémur droit avec fragment intermédiaire,
- fracture comminutive de la rotule et du condyle interne droit,
- volet costal médio-thoracique nécessitant la ventilation assistée,
- la ponction lavage du péritoine ramène du sang.

MEDIANE ITERATIVE : suture d'une plaie du dôme hépatique, drainage du Douglas et sous-phrénique droit.

EVOLUTION :

. Pulmonaire : le volet costal consolide, au bout de 8 jours le malade est détubé, surinfection pulmonaire des 2 bases associée à une septicémie à Klebsiella.

. Orthopédique : consolidation en position vicieuse du membre inférieur droit.

. Abdominale : reprise du transit au 3ème jour, les drains sont retirés au 5ème, surinfection de la cicatrice avec abcès de la paroi, éviscération au 14ème jour.

REPRISE le 26/03 : la révision du contenu abdominal ne montre rien, fermeture de la paroi, après nettoyage, par des points totaux. Pas de drainage.

REPRISE le 13/04 : nouvelle éviscération, contention abdominale par de l'Elastoplast et du tulle gras.

REPRISE le lendemain : lâchage de l'aponévrose avec nécrose du colon transverse et volvulus du grêle, péritonite à liquide putride. Resection du colon transverse, les 2 extrémités sont mises à la peau, détorsion du grêle avec resection de 10 cm de grêle et anastomose immédiate termino-terminale, dissection de l'aponévrose, fermeture pariétale pour protéger le grêle.

Le malade est réintubé et ventilé dans les suites.

...

16/04 : mutation en France à Lyon en réanimation au Pavillon G pour problèmes de réanimation et chirurgicaux, état septique permanent, suppuration pulmonaire avec coma.

17/04 : Reprise chirurgicale : nécrose d'une colostomie, resection du colon transverse, colostomies sous-costales droite et gauche, épanchement putride de tout le flanc droit, évacuation du liquide, toilette abdominale, drainage par un Saratoga + lame dans chaque flanc. Mise en place d'un Schnorchel (2 litres de sérum avec 4 flacons de Noxyflex* par litre en lavage continu).

20/04 : tachycardie ventriculaire pendant plusieurs heures, choc septique avec marbrures et température à 41° C.

REPRISE le 21/04 (schéma n° 2 page 103) : moins de 24 heures après la brusque aggravation de l'état général : déhiscence de l'anastomose du grêle au point mésentérique avec abcès inter-anse, liquide purulent dans les flancs et le Douglas mélangé à du sérum et du Noxyflex*, ce liquide est d'une effroyable fétidité. Resection d'une partie du grêle.
Fermeture du segment inférieur du grêle à la pince T.A. 55. Jéjunostomie terminale. Lavage abdominal, dispositif Schnorchel avec lavage sans adjonction de produit (4 litres de sérum salé).

REPRISE 2 jours plus tard : nombreux abcès inter-anses, toilette au Dakin, il s'agit d'une péritonite auto-entretenue typique car tous les facteurs de réinoculation ont été éliminés. Lavage continu (8 litres par jour) avec adjonction de Rifocine.

26/04, 3 jours plus tard, reprise : à nouveau nombreux abcès inter-anses confirmant la maladie autonome du péritoine, une Lyomousse est mise à la place du Schnorchel.

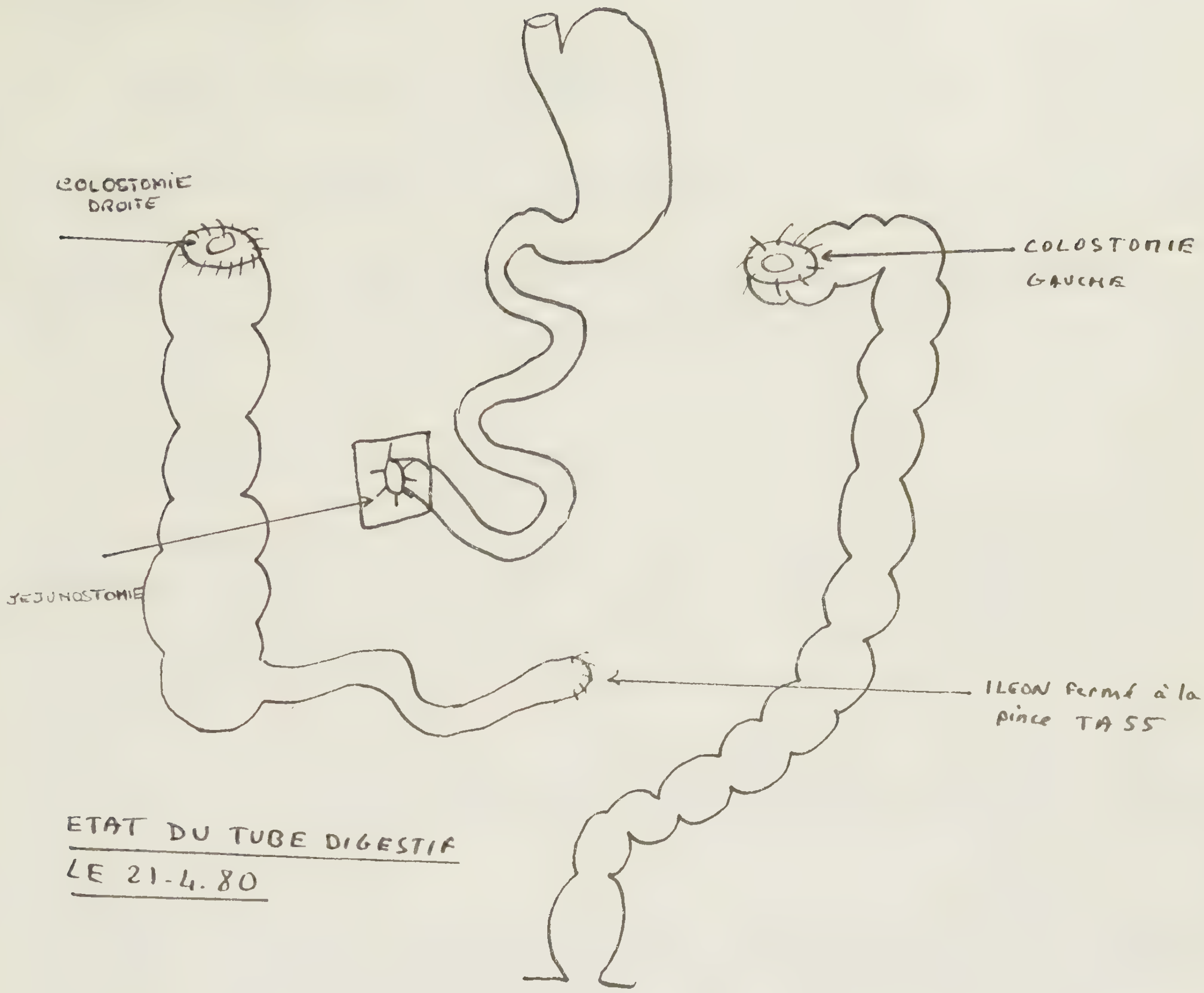
Suites : guérison de la péritonite mais septicémie à Staphylocoque doré et fistule du grêle.

03/09 : colectomie droite emportant le colon droit et l'iléon terminal, colectomie gauche de l'angle gauche jusqu'au colon iliaque. Anastomose latéro-latérale entre le grêle et le colon restant en isopéristaltique à la pince G.I.A. (Schéma n° 2 page 103).
Guérison, il sort le 16/12/80 après correction chirurgicale des problèmes ortho-

...

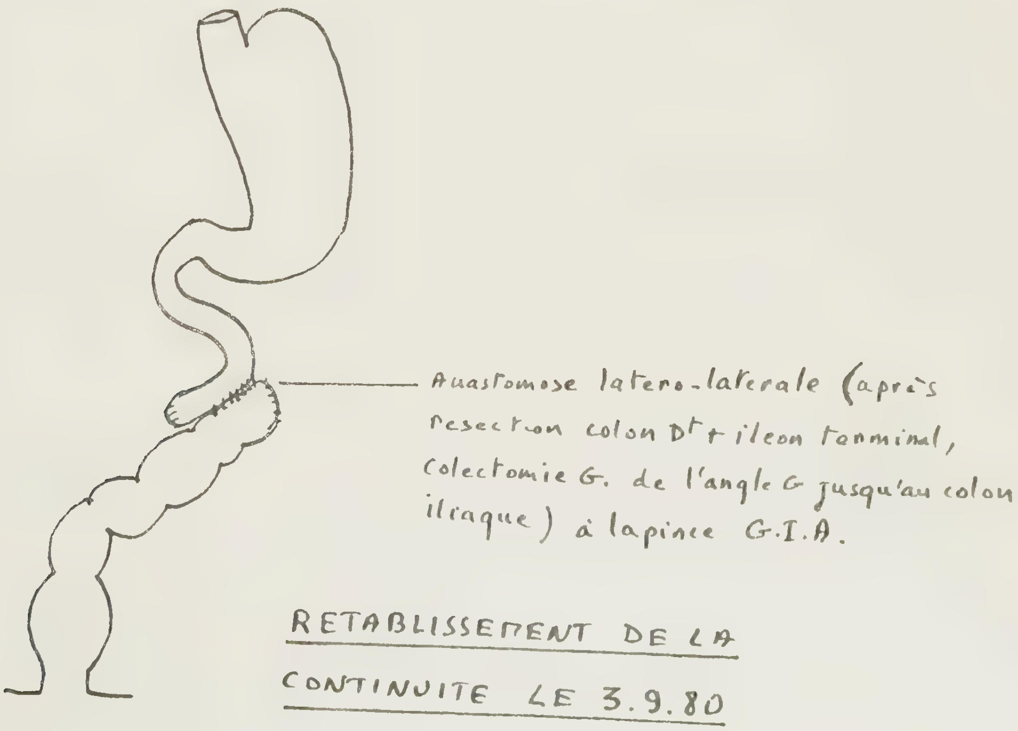
pédique du fémur et du genou droit.

Donc, péritonite post-traumatique par nécrose du colon transverse après éviscération médiane (abcès de paroi après la laparotomie initiale). Péritonite post-opératoire tertiaire itérative par désunion d'une anastomose du grêle faite en milieu septique. Guérison laborieuse grâce à des resections larges sur le colon et le grêle et à des stomies multiples. Sortie après rétablissement de la continuité entre le jéjunum et le colon iliaque.



Schema 2

Cas n° 52



Observation n°53

MÉY... Angèle, 73 ans - G n°3237 - 1980

ANTECEDENTS : appendicectomie + cure de hernie en 1943, hypertendue depuis 5 ans.

04/05/80 : opérée à la garde du Pavillon G d'une péritonite par perforation d'un diverticule sigmoïdien. Anus iliaque gauche fait sur extériorisation de la lésion.

Les suites sont simples, la malade sort 3 semaines plus tard.

Elle est réhospitalisée le 13/11 pour un rétablissement de la continuité avec anastomose colique latéro-latérale à la pince G.I.A. Fermeture pariétale en 3 plans. Drainage par une lame et un drain de Shirley (bouché au 3ème jour post-opératoire).

J + 5 : douleur abdominale brutale avec défense abdominale. Un chirurgien présent dans le service pose l'indication de reprise immédiate et moins de 3 heures après le premier signe :

COELIOTOMIE ITERATIVE : péritonite stercorale (Bactéroïdes, E. Coli, Klebsiella) par lâchage de l'anastomose. Anus iliaque gauche définitif, drainage.

Suites : embolie pulmonaire traitée à l'héparine.

Guérison et sortie de la malade le 22/12.

Donc, péritonite stercorale secondaire par lâchage d'une anastomose colo-colique latéro-latérale. Guérison malgré l'âge de la malade (73 ans) et la péritonite stercorale grâce à une reprise très rapide (3 heures après le premier signe). La symptomatologie abdominale initiale bruyante a contribué à la décision immédiate de réintervention.

OBSERVATION N°54

MOR... Marcel, 61 ans - G réa n°12718 - G n°3026 - 1980

ANTECEDENTS : non connus.

10/03/80 : sigmoïdectomie avec anastomose colorectale termino-terminale pour néoplasme du sigmoïde. Les suites abdominales sont simples avec reprise du transit au 7ème jour.

J + 8 : dans l'après-midi, choc septique brutal avec fistule.

REINTERVENTION IMMEDIATE : désunion de l'anastomose avec liquide purulent, mélangé à des matières, intra-péritonéal. Fermeture du bout rectal, anus iliaque gauche, Lavage, drainage. Lavage continu au Noxyflex*.

Suites : reprise du transit, état général excellent puis au 10ème jour post-opératoire, choc septique avec défense de la moitié droite de l'abdomen, éviscération à cheval sur l'ombilic avec issue de liquide digestif haut.

COELIOTOMIE ITERATIVE : abcès mésocoeliaque, perforation d'un ulcère duodénal avec en regard une perforation du bassinet vésiculaire. Cholecystectomie, vagotomie, refection de l'angle de His, G.E.A. avec Finsterer pré-colique. Drainage multiple actif. Fermeture pariétale monoplan.

Suites : acidose métabolique, azotémie à 1,40 g/l, abcès de la paroi.

Amélioration progressive de l'état général et péritonéal.

Sortie du malade le 24/04 pour une maison de convalescence en Savoie.

Rétablissement de la continuité colo-rectale le 09/10.

Donc, 8 jours après une sigmoïdectomie pour cancer avec anastomose colo-rectale termino-terminale immédiate, péritonite secondaire par désunion anastomatique. Nouvel exemple de guérison malgré l'âge (61 ans) grâce à une reprise chirurgicale immédiate moins de 6 heures après le premier signe (choc).

Observation n°55

NIC... Eugénie, 67 ans - G réa n°13028 - 1980

ANTECEDENTS :

- dépression (2 électrochocs et 2 internements en milieu psychiatrique),
- asthme et bronchitique chronique,
- angine de poitrine,
- ovariectomie puis hytérectomie avec abcès du Douglas dans les suites,
- cholecystectomie il y a 10 ans,
- hémicolectomie droite en 1979 pour sclérolipomatose de la valvule de Bauhin.

Les suites ont été marquées par plusieurs épisodes sub-occlusifs.

07/11 : malade de 67 ans admise en urgence dans une clinique de la Drome pour un volvulus autour de l'anastomose iléo-colique : resection de 50 cm de grèle, anastomose iléo-colique termino-terminale sur le 1/3 moyen du transverse.

Suites : 3ème jour post-opératoire, éviscération couverte.

16/11 : 7ème jour post-opératoire, hyperthermie à 40° C avec polynucléose 25 000 GB, la paroi suppure : reprise. Il existe une péritonite plastique avec nombreuses adhérences des anses grèles. On retrouve un abcès pariétal supérieur et de la gouttière pariéto-colique droite. Gastrostomie, lavage, drainage du Douglas, de la gouttière pariéto-colique droite et de l'anastomose, fermeture pariétale monoplan peau ouverte sur une lame multitubulée.

Suites : fistule colique bien drainée n'empêchant pas une réalimentation hypercalorique, septicémie à Klebsiella puis infection urinaire à Candida, infection pulmonaire à entérocoque, pyocyanique, levures le 28/11. Tous ces germes sont retrouvés dans le liquide issue des drains abdominaux.

04/12 : choc septique avec oligoanurie pendant 24 heures et azotémie à 5,8 g/l. Secondairement, l'insuffisance rénale à diurèse conservée ne cèdera pas avec l'épuration extra-rénale (l'urée est en permanence autour de 3 g/l). Les hémocultures sont positives à Gram (+) et Gram (-).

09/12 : Coma profond, pneumopathies à entérocoque pyocyanique et enterobacter cloacae, insuffisance rénale à diurèse conservée permanente malgré l'hémodialyse, septicémie à Gram (-) dont le point de départ est abdominal. Devant ce tableau gravissime la malade est mutée en réanimation au Pavillon G à Lyon.

...

REPRISE CHIRURGICALE a lieu 3 jours plus tard : le décollement des anses grêles est difficile. L'exploration abdominale ne montre aucune collection suppurée, le problème péritonéal semble donc réglé.

En post-opératoire immédiat, décès après une ponction sous-claviculaire droite compliquée d'une hémothorax avec hématome important de la paroi abdominale (problème de coagulation ?), tout ceci aggravant de façon irréversible un état de collapsus permanent.

Donc, 7 jours après une cure chirurgicale d'un volvulus autour d'une anastomose iléo-colique, nécessitant une nouvelle anastomose iléo-transverse, péritonite plastique bâtarde secondaire sans cause précise. Les suites sont très difficiles avec phénomènes septiques généralisés gravissimes. La reprise chirurgicale, au bout de 3 semaines, ne permettra pas de résoudre le problème septique et le décès survient le jour même par collapsus après une ponction sous-clavière compliquée d'hémothorax traduisant très certainement des troubles de la coagulation importants.

Observation n°56

POP... Bernard, 21 ans - N réa n°01246 - 1980

Jeune homme de 21 ans blessé par balle de 22 long rifle (orifice d'entrée para-ombilical droit) le 03/03/80, opéré dans un hôpital de l'Isère.

LAPARATOMIE MEDIANE : transfixion de l'estomac, de la portion initiale du jéjunum, du deuxième duodénum au genu inferius avec plaie de la veine cave inférieure très difficile à suturer. L'intervention a nécessité 30 flacons de sang.

J + 8 : choc septique grave, nouvelle intervention :

INTERVENTION le 10/03 : les signes septiques sont dûs à la perforation de D 2 au genu inferius qui, noyée dans le méso-colon, n'avait pas été initialement suturée. Suture secondaire en milieu septique de cette perforation. Les autres sutures gastriques jéjunales et veineuses sont de bonne qualité.

15/03 : mutation en réanimation au C.H.U. de Lyon au Pavillon N à H.E.H. En effet, depuis 48 heures environ, le malade présente des hémorragies digestives sous Tagamet* sans lésion visible à la gastroscopie, les drains ramènent un liquide qui devient purulent, le malade est ictèrique et hyperthermique, la paroi est partiellement déhiscente et permet de voir le plan aponévrotique complètement sphacélé.

COELIOTOMIE ITERATIVE : péritonite tertiaire à abcès multiples du Douglas, sous-phrénique gauche, des flancs, des gouttières pariéto-coliques et enfin très gros abcès à contenu bilieux et purulent au niveau du genu inferius du duodénum. L'origine de ces collections purulentes est la désunion de la suture faite secondairement lors de la réintervention le 10/03. Toute tentative de fermeture est vouée à l'échec, la désunion est donc transformée en fistule dirigée à l'aide de 2 saratoga et d'une lame mutitubulée. Drainage également du Douglas, du flanc gauche, de la loge splénique, du pelvis. Toilette péritonéale, excision du plan aponévrotique pariétal sphacélé, installation d'un Schnorchel pour irrigation au sérum salé (1 l/j + 4 flacons de Noxyflex*). Bactériologie du pus : E. Coli, Bactéroïdes, Streptocoques viridans.

Dans les suites : insuffisance rénale à diurèse conservée, persistance de l'ictère, oedème pulmonaire avec hypoxie.

...

REVISION ABDOMINALE le 18/03 : il existe une collection purulente dans la gouttière pariéto-colique droite et le Douglas. Installation d'un drainage supplémentaire par 2 Saratoga. Refection du Schnorchel, 2 ampoules de Noxyflex* in situ. Bactériologie : E. Coli, klebsiella, Streptocoque viridans et un Bactéroïdes fragilis (retrouvé dans une hémoculture et dans le liquide pleural ponctionné). Effcicacité du Noxyflex ?

REPRISE le 20/03 : la fistule est correctement drainée, lavage abdominal, installation d'un redon en plus du drainage précédent pour installation d'acide lactique au voisinage de la fistule. Schnorchel. (schéma n°3 page 110).

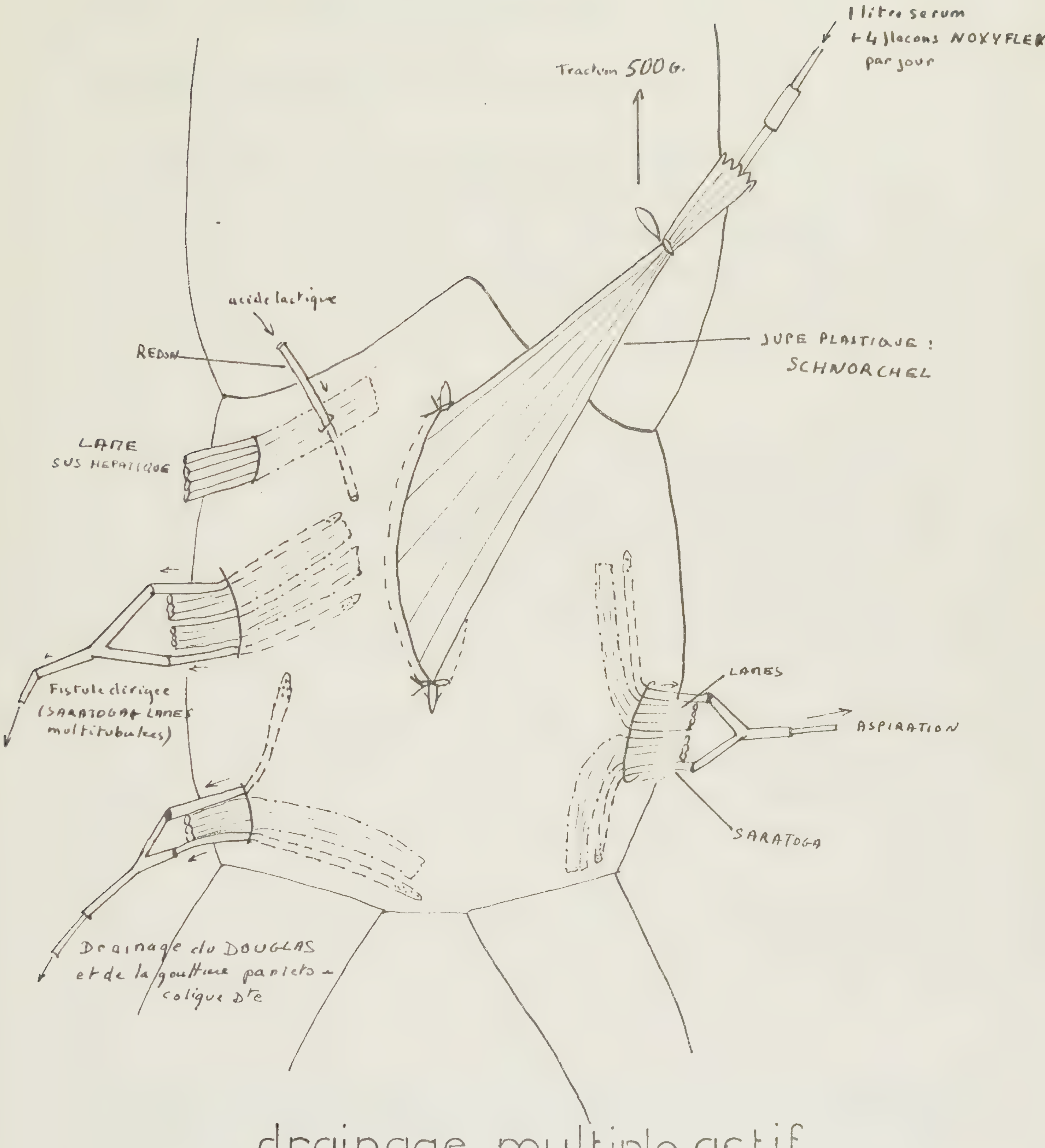
REPRISE le 23/03 : ablation du Schnorchel, installation d'une Lyomousse.

REPRISE le 25/03 : du pus coule par les drainages et l'état de ce malade se dégrade avec des hémorragies digestives et pariétales, une série de points en X est mise dans la tranche de l'incision iliaque droite. Toilette abdominale, les drains des flancs droit et gauche sont enlevés car ils sont soupçonnés fortement d'être à l'origine des suppurations très localisées résiduelles. Les orifices de drainage étant larges, ils draineront le pus sans adjonction de drains. Lyomousse sur la paroi complètement ouverte.

Dans les suites : nette amélioration du sepsis péritonéal mais persistance de phénomènes septiques généralisés, jugulés par l'antibiothérapie adaptée, avec pneumopathies bilatérales, hémocultures positives à Pyocyanique, insuffisance rénale à diurèse conservée, intolérance glucidique majeure, diarrhée.

02/05 : le malade semble tiré d'affaire, la masse du grèle est couverte de bourgeonnements et la médiane est passablement déhiscente avec un bon aspect des lésions. Prélèvement d'une greffe dermo-épidermique sur la cuisse droite, la greffe est étalée sur la paroi après un avivement prudent de celle-ci, elle est maintenue par un moule vaseliné, lui-même maintenu par des bourdonnets. Le malade sort guéri le 18 mai 1980.

Donc, péritonite post-traumatique, après plaie par balle ayant perforé l'estomac, le jéjunum, le 2ème duodénum et la veine cave inférieure. La plaie du 2ème duodénum non suturée lors de l'opération initiale est à l'origine de la péritonite post-opératoire. Péritonite itérative par désunion de la suture duodénale faite en milieu septique. Guérison grâce à l'association de plusieurs facteurs : jeune âge du malade, transformation en fistule dirigée de la suture désunie, drainage multiple actif, Schnorchel isolant la zone pariétale suppurée de l'abdomen, et enfin, les délais de reprise qui n'ont jamais dépassé 48 heures après l'apparition des signes de sepsis.



drainage multiple actif

Cas n° 56 le 20.3.80.

Schema 3

Observation n°57

RAH... Larafi, 41 ans - G réa n°12601 - 1980

ANTECEDENTS : éthylisme.

Ce malade souffre de douleurs épigastriques violentes le 30/12, il est hospitalisé le 01/01 à la garde du Pavillon G, il présente alors des douleurs abdominales diffuses avec iléus, vomissements, température à 38° C, météorisme abdominal, un transit oeso-gastrique ne montre rien, aspect d'aéroiléocolie sur l'A.S.P., l'échographie montre une vésicule scléroatrophique avec gros calculs et un gros pancréas. L'amylasémie est haute. Polynucléose à 13 000 GB.

MEDIANE SUS-OMBILICALE agrandie par un débridement latéral bilatéral le 03/01 : pancréatite nécrosante globale, liquide séro sanglant intra-abdominal abondant. Duodéno pancréatectomie totale, splénectomie, cholecystectomie. Gastrectomie des 2/3 inférieurs, anastomose cholédoco-jéjunale termino-terminale sur drain de Kehr, anastomose gastro-jéjunale précolique de type Finsterer, anastomose jéjuno-jéjunale termino-terminale. Drainage des 2 loges sous-diaphragmatiques par 2 Saratoga.

Suites : le 08/01, apyrexie. Pas de reprise du transit, suppuration autour du drain de Kehr, agitation, polypnée, détresse respiratoire. Le malade suspecté de pré-délirium trémens est mis au Tiapridal. L'amylasémie, la calcémie sont normales, la bilirubinémie augmente.

12/01 : hyperthermie à 40° C depuis 24 heures avec frissons. Le malade est intubé et ventilé, diminution de l'état de conscience, l'ammoniemie augmente, hématémèse de sang rouge depuis la veille, le transit ne reprend toujours pas, écoulement purulent bilieux par les drains.

REPRISE le 13/01 : désunion des anastomoses gastro-jéjunales, jéjuno-jéjunales et cholédoco-jéjunales. Refection des anastomoses sauf la choledoco-jéjunale qui est défaite entièrement. Mise en place d'une dérivation externe de la bile.

14/01 : suppuration locale diffuse avec écoulements nauséabonds par les différentes incisions. Le lendemain météorisme abdominal important, le chirurgien contacté refuse l'éventualité d'un geste opératoire.

...

Le 16/01 : la plaie opératoire se nécrose et crépite, la pression abdominale fait sortir un liquide nauséabond par les cicatrices. Une nouvelle demande de reprise de la part des réanimateurs est à nouveau refusée par les chirurgiens.

Décès le 18/01 en état de choc septique.

Donc, pancréatite aigue nécrosante hémorragique opérée chez un éthylique de 41 ans. Péritonite secondaire par lâchage de sutures digestives (gastro-jéjunales, choledoco-jéjunales, jéjunostomie d'alimentation) après plus de 2 jours d'aggravation progressive de l'état général et d'évolution du sepsis péritonéal. Décès rapide après un refus de réintervenir une troisième fois.

Observation n°58

RIC... Bernard, 34 ans - N réa n°01432 - G n°3170 - 1980

Malade de 34 ans victime d'un accident de circulation dans une ville du Jura. Il est opéré le 08/06 d'une péritonite initiale par perforation post-traumatique du sigmoïde. Il existe également un hématome de la racine du mésentère. La perforation est suturée.

J + 4 : agitation, hyperthermie à 40° C, mise en place d'un lavage continu au Noxyflex*.

J + 11 : hématome purulent (E. Coli) de paroi évacué.

J + 12 : ablation des drains, douleur sous-costale droite avec choc. On suspecte une embolie pulmonaire puis le diagnostic s'oriente vers un problème hémorragique, il existe une anémie à 2,3 millions de globules rouges. Le malade est réopéré le 20/06 : péritonite par hémopéritoine surinfecté. La perforation sigmoïdienne est mise préventivement à la peau.

21/06 : mutation en réanimation à Lyon, Pavillon N, pour l'état septique persistant. Un Contensor est mis en place à son arrivée pour limiter une éviscération.

27/06 : reprise chirurgicale pour état septique permanent : il existe une collection purulente inter-hépato-rénale englobant une masse de Spongel. Lavage, drainage. Un Schnorchel est mis en place pour isoler la paroi phlégmoneuse. Lavage (1 litre de sérum salé + Bétadine*). L'état général s'améliore. Ablation du Schnorchel au bout de 48 heures, une Lyomousse est mise à la place. Ablation de la Lyomousse le 05/07. Une greffe abdominale est pratiquée le 07/07.

Sortie le 16/07 guéri.

Donc, péritonite post-traumatique secondaire par hémopéritoine surinfecté après une péritonite initiale par perforation du sigmoïde. Guérison rapide du malade après mise à la peau préventivement de la perforation du sigmoïde et après pose d'un Schnorchel pour isoler la paroi surinfectée de la cavité abdominale évitant ainsi une réinoculation péritonéale permanente.

Observation n°59

TEY... Maxime, 64 ans - G réa n°12804 - 1980

ANTECEDENTS : ulcère gastrique non-opéré en 1960.

Accident de voiture le 01/06/80 : choc hémorragique grave, fracture du bassin bi-iliaque, douleur abdominale syncopale.

LAPAROTOMIE MEDIANE le jour même à la garde du Pavillon G : éclatement de vessie avec plaies vésicales multiples et désinsertion de la région cervicale. Sutures des plaies vésicales mais l'hémorragie est si importante que le chirurgien est obligé de faire une ligature des 2 artères hypogastriques. L'hémostase est alors meilleure. L'abouchement urétéral gauche est complètement déchiqueté, mise en place d'une sonde urétérale bilatérale ressortant au niveau des 2 flancs. Une sonde de cystostomie est mise en place ainsi qu'une sonde uréthrale.

Drainage des espaces rétro-péritonéaux, où il existe de volumineux hématomes, par 2 Shirley + 2 lames de Yeats. Fermeture pariétale au gros fil métallique. Le pronostic est réservé. L'intervention a nécessité une transfusion massive de 35 flacons de sang.

Suites : pneumopathie, insuffisance rénale débutant 10 jours plus tard.

14/06 : hyperthermie à 40° C, ictère.
17/06 : anurie, polynucléose à 19 000 GB, le chirurgien consulté décide la reprise immédiate.

COELIOTOMIE SOUS-OMBILICALE puis totale. Abcès de paroi multiples, caillots surinfectés dans le bassin et en périvésical. Ailleurs, épanchement louche avec du vieux sang, le chirurgien constate la nécrose de la face gauche du rectum (très certainement secondaire à la ligature des artères hypogastriques et d'une artère du système mésentérique inférieur). Colostomie. Fermeture du bout rectal. Drainage vaste supra et péri-vésical. Pronostic sombre devant cette infection diffuse.

Suites : anurie, ictère, alcalose.

21/06 : en plus polynucléose à 25 000 GB, ammoniémie élevée, ictère retentionnel avec hépatomégalie, la colostomie paraît nécrotique. Oedème interstitiel à la radio pulmonaire. Choc cardiogénique avec onde lésionnelle antéro-septale.

...

23/06 : hémodialyse. Coma profond.

24/06 : Décès dans un tableau hémorragique diffus.

Donc, péritonite post-traumatique par nécrose de la face gauche du rectum. La lésion initiale qui était un éclatement majeur de la vessie avec hémorragie non compensable, avait nécessité la ligature artérielle des 2 hypo gastriques et également d'une branche du système mésentérique. Décès par hémorragie diffuse 3 semaines plus tard.

Observation n°60

VAL... Louis, 64 ans - G réa n°12619 - 1980

ANTECEDENTS : non connus.

Malade de 64 ans envoyé à la garde du Pavillon G en urgence pour une péritonite : température à 39° C, ventre de bois, pneumopéritoine. Il est opéré immédiatement le 20/01 dans un état de choc septique avec anurie, tension imprenable, cyanose et marbrures généralisées majeures.

COELIOTOMIE ITERATIVE : péritonite gigantesque par perforation de l'iléon à 20 cm de la valvule de Bauhin. La lésion initiale est une hernie étranglée sphacélée datant de 6 jours ayant réintégré le grand ventre secondairement. Resection d'iléon puis anastomose iléo-iléale termino-terminale (l'hémicolectomie droite est impossible). Drainage par Saratoga + Yeats des 2 hypocondres et du Douglas.

J + 2 : choc septique, troubles du rythme, pneumopathie, douleurs abdominales, la sonde gastrique ramène un liquide fécaloïde, thrombopénie, l'urée augmente à 1,50 g/l.

J + 3 : la température est à 41° C, sub-ictère, urée à 1,80 g/l, les Saratoga sont exclus, anurie, extrasystoles ventriculaires en salves, augmentation des transaminases et de la bilirubine, chute de la prothrombine à 55 %.

J + 4 : issue de liquide purulent par la médiane.

REPRISE CHIRURGICALE le 24/01 : liquide purulent abdominal, pas de lésion viscérale, lavage, drainage.

25/01 : tachycardie supra-ventriculaire, azotémie à 3 g/l, hémodialyse.

27/01 : acidose, choc septique intense avec marbrures des membres inférieurs, polypnée, ventre souple mais les drains ramènent un liquide louche. Hémodialyse.

28/01 : éviscération du grêle, du pus sort en grande quantité par la médiane.

REINTERVENTION IMMEDIATE : péritonite diffuse sans cause précise, lavage abdominal. Ablation des fausses membranes. Excision des zones nécrotiques suppurant

...

au niveau de la paroi. Drainage multiple. Schnorchel isolant la paroi, lavage continu au sérum + Noxyflex* (1 litre par jour). Evolution probable de la péritonite initiale ou désunion anastomotique passée inaperçue.

Suites : coma, l'azotémie augmente (témoin d'un hyper catabolisme en phase septique).

J + 1 : anurie.

J + 2 : reprise chirurgicale : péritonite itérative tertiaire par lâchage de l'anastomose sur le grêle du côté du coin mésentérique. Resection de 30 cm de grêle sur lequel on trouve de petites zones d'escarres noirâtres. Fermeture du bout distal, iléostomie en crosse sur le bout proximal dans la fosse iliaque droite. Mise en place d'un dispositif Schnorchel.

Suites : pneumopathies bilatérales s'aggravant règulièrement. Dialyse quotidienne. Hyperthermie à 40° C, mélénas puis rectorragies abondantes sous Tagamet*. Une endoscopie montre un aspect de colite nécrosante.

<u>REPRISE CHIRURGICALE le 02/02</u> : colectomie totale.

Fibrillation ventriculaire irrécupérable en fin d'intervention. l'anatomie pathologique du colon répondra : ulcères multiples du colon associés à une mycose.

Décès.

Donc, péritonite initiale par perforation d'une anse grêle sphacélée après hernie étranglée. Péritonite secondaire sans cause. Péritonite tertiaire par <u>désunion d'une anastomose iléo-iléale termino-terminale</u> faite pendant la première intervention. Décès au cours de la dernière intervention (colectomie pour colite nécrosante non confirmée par l'anatomie pathologique). On peut remarquer qu'une iléostomie initiale aurait été préférable à une anastomose qui s'est désunie et qui est à l'origine de la péritonite tertiaire et probablement de la péritonite secondaire.

Observation n°61

BRI... Nicole, 22 ans - Clinique de la Sauvegarde n°770114 - 1977

Malade de 22 ans hospitalisée pour un syndrome douloureux abdominal depuis un mois dont les paroxysmes douloureux vont en se rapprochant.

APPENDICECTOMIE : appendice très inflammatoire lardassé comme s'il allait faire un abcès. Pas de Meckel, pas de liquide intra-abdominal, annexes normales.

La malade sort au 6ème jour post-opératoire guérie apparemment. La reprise du transit a été rapide.

J + 7 : le soir, température à 38°6 C.

J + 8 : hospitalisation, la température est à 39° C avec polynucléose (22 000 GB). Les urines sont stériles.

J + 9 : météorisme abdominal avec sur une radio de l'abdomen sans préparation un aspect de niveau liquide intra-péritonéal unique couvrant tout l'abdomen. Il n'existe pas de niveau liquide sur le grêle ou le colon.

LAPAROTOMIE ITERATIVE : permettant de découvrir une péritonite généralisée à liquide purulent sans point de départ. L'exploration abdominale permet également de découvrir un diverticule de Meckel en regard d'une mésentérite rétractile expliquant que celui-ci n'ait pu être extériorisé lors de la première intervention. Toilette abdominale, drainage.

Le soir même, apyrexie, état général parfait.

La malade peut sortir guérie au 10ème jour.

Donc, péritonite sans douleur ni défense abdominale après appendicectomie, sans cause, qui s'est révélée par une température au soir du 7ème jour post-opératoire. La reprise a été décidée rapidement devant un niveau liquide intra-péritonéal à la radio. Guérison sans problème et rapide.

OBSERVATION N°62

MAY... Mireille, 32 ans - Clinique de la Sauvegarde n°790277 - 1979

ANTECEDENTS : pyoappendice enlevé un an auparavant sans complication post-opératoire.

Hospitalisée le 18/01/79 pour syndrome sub-occlusif avec douleurs abdominales depuis 3 jours. La radio abdominale montre un aspect d'occlusion du grêle ; après un essai de traitement médical pendant 24 heures qui échoue décision de :

LAPAROTOMIE MEDIANE le 20/01 : occlusion par bride entre le mésoappendiculaire et la racine du mésentère de la dernière anse iléale. Il existe une petite zone iléale sphacélée au niveau de la bride avec en regard un petit retrécissement de l'anse grêle. Incision longitudinale puis suture latérale au niveau de la zone sphacélée.

Suites : au 5ème, 6ème et 7ème jours post-opératoires, épisodes de frissons avec clochers thermiques à 39°5 C en relation avec des hémocultures positives à Bactéroïdes fragilis.

J + 9 : ictère avec une bilirubine totale à 66 mg/l et des transaminases normales, une douleur de la région hépatique fait discuter le diagnostic de cholécystite ou de péritonite post-opératoire avec ictère septicémique. La prothrombine chute à 40 %.

J + 11 : pas d'amélioration de l'état général, l'état septique persitant :

LAPAROTOMIE ITERATIVE : la vésicule est normale, péritonite à abcès multiples : 4 abcès intra-péritonéaux associés à un abcès en regard de la désunion de la suture sur le grêle, très volumineux abcès du Douglas (Bactéroïdes, Protens). Toilette au sérum simple après une nouvelle suture de l'entérotomie. Drainage multiple actif du Douglas, des gouttières pariétocoliques, de l'hypocondre droit. Installation de 2 redons pour irrigation, lavage à la Bétadine*.

J + 1 : l'ictère diminue de façon spectaculaire, le ventre est souple, le faciès péritonéal disparaît mais la polynucléose persiste (19 000 GB).

Les suites post-opératoires vont être compliquées par un abcès de paroi à E. Coli et un abcès de la cuisse gauche à E. Coli et Proteus.

...

Donc, péritonite secondaire par désunion d'une suture latérale sur le grêle pratiquée au cours d'une laparotomie pour occlusion sur bride, avec en regard, sur le grêle, une petite zone sphacélée, reséquée puis suturée. La reprise décidée rapidement sur la persistance d'un ictère et d'une douleur de la région hépatique malgré la réanimation, a permis la guérison après 3 mois d'hospitalisation.

1

DONNEES

ETIOLOGIQUES

CHAPITRE I : DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

I - FREQUENCE

La fréquence des péritonites post-opératoires, pour un nombre donné d'interventions, est très difficile à déterminer :

ROUSSON (35) rapporte le chiffre donné par GROSDIDIER qui était 1,35 %. La fréquence donnée par BRUN (5) sur 523 anastomoses colo-coliques ou colo-rectales est de 18 %. GUIVARCH (16) avance 1,5 %, pour NECHA'I (27) la fréquence est de 1,10 %. Nous conserverons donc le chiffre de 1,35 %, les 62 péritonites correspondaient environ à 4 600 interventions.

La fréquence par année est donnée par le schéma n°4 page 123. Nous avons intégré (en pointillé) les 17 cas de ROUSSON pour le premier semestre de 1977. Le nombre des péritonites post-opératoires suivies dans le service depuis 10 ans est donné par le schéma n°5 page 124. Sur les 6 dernières années de 1975 à 1980, la moyenne est de 20 péritonites par an avec au maximum 29 malades en 1977 et au minimum 14 malades en 1978.

II - AGE - SEXE

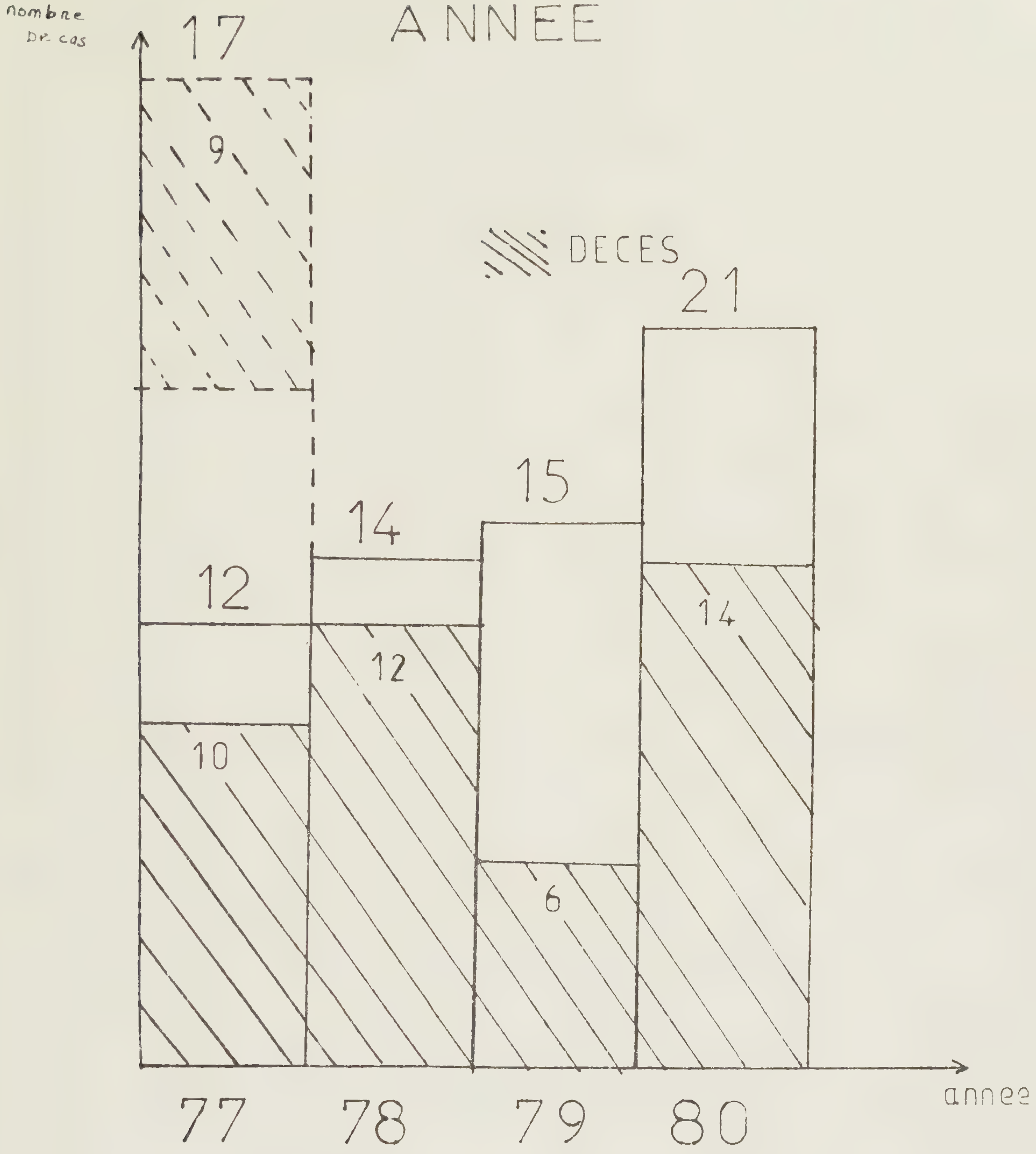
La répartition des âges et sexes est fournie par le schéma n°7 page 125. La prédominance masculine est nette avec 61 % d'hommes (38 cas) contre 39 % de femmes (24 cas).

Toutes les tranches d'âges sont représentées avec un pic pour la tranche 50-60 ans avec 14 cas puis vient la tranche 60-70 ans. Nous avons donc une population assez âgée puisque 55 % des cas ont plus de 50 ans.

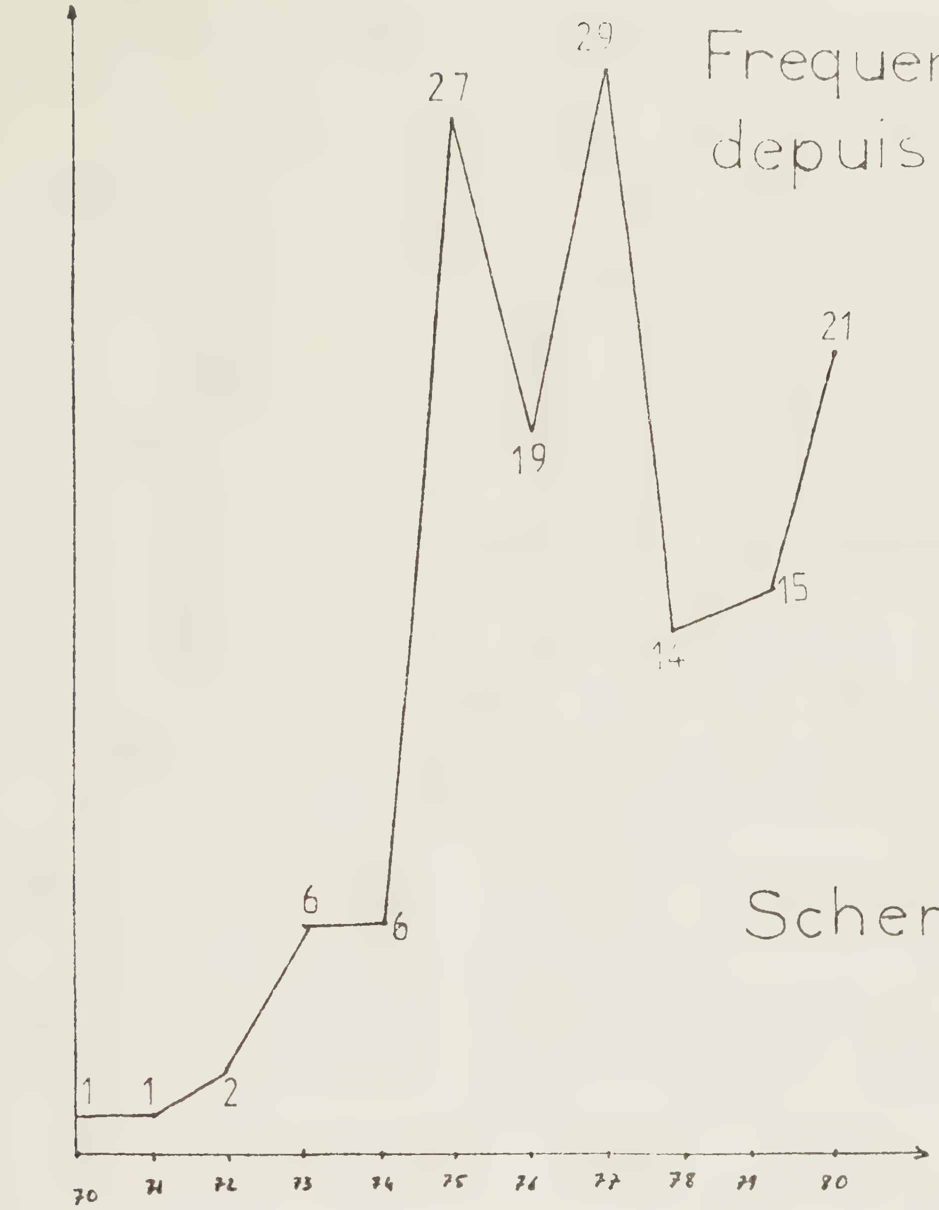
Pour les moins de 50 ans, il existe un pic de fréquence entre 30 et 40 ans (12 cas) pour lequel se superpose l'étiologie traumatique (4 cas). 77 % des péritonites post-traumatiques ont moins de 50 ans. Nous avons donc une population plus âgée que dans la série de ROUSSON avec la même prédominance du sexe masculin qui se retrouve partout sauf dans les 2 tranches extrêmes (moins de 20 ans et plus de 70 ans).

...

FREQUENCE
par
ANNEE

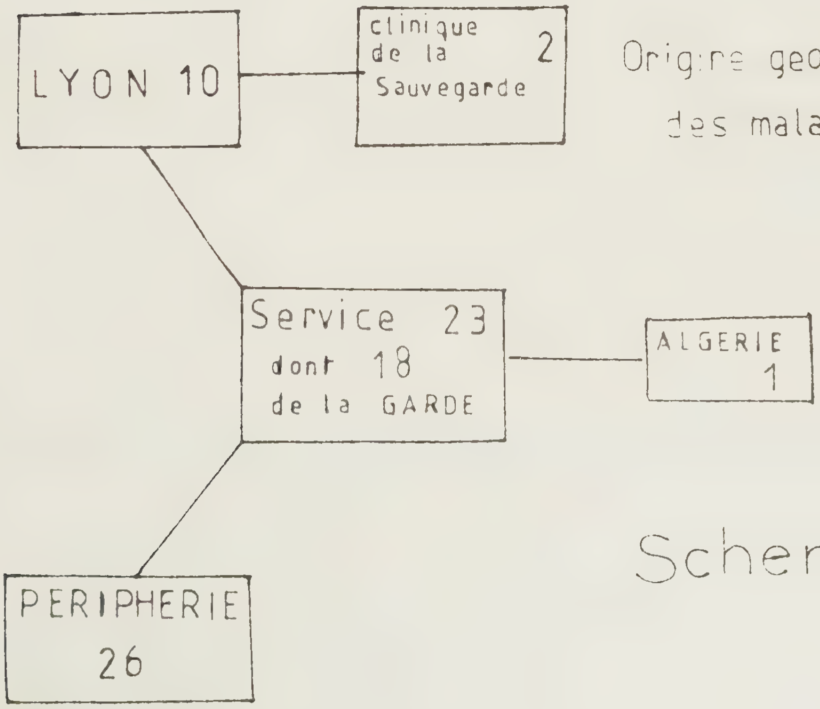


Schema n° 4



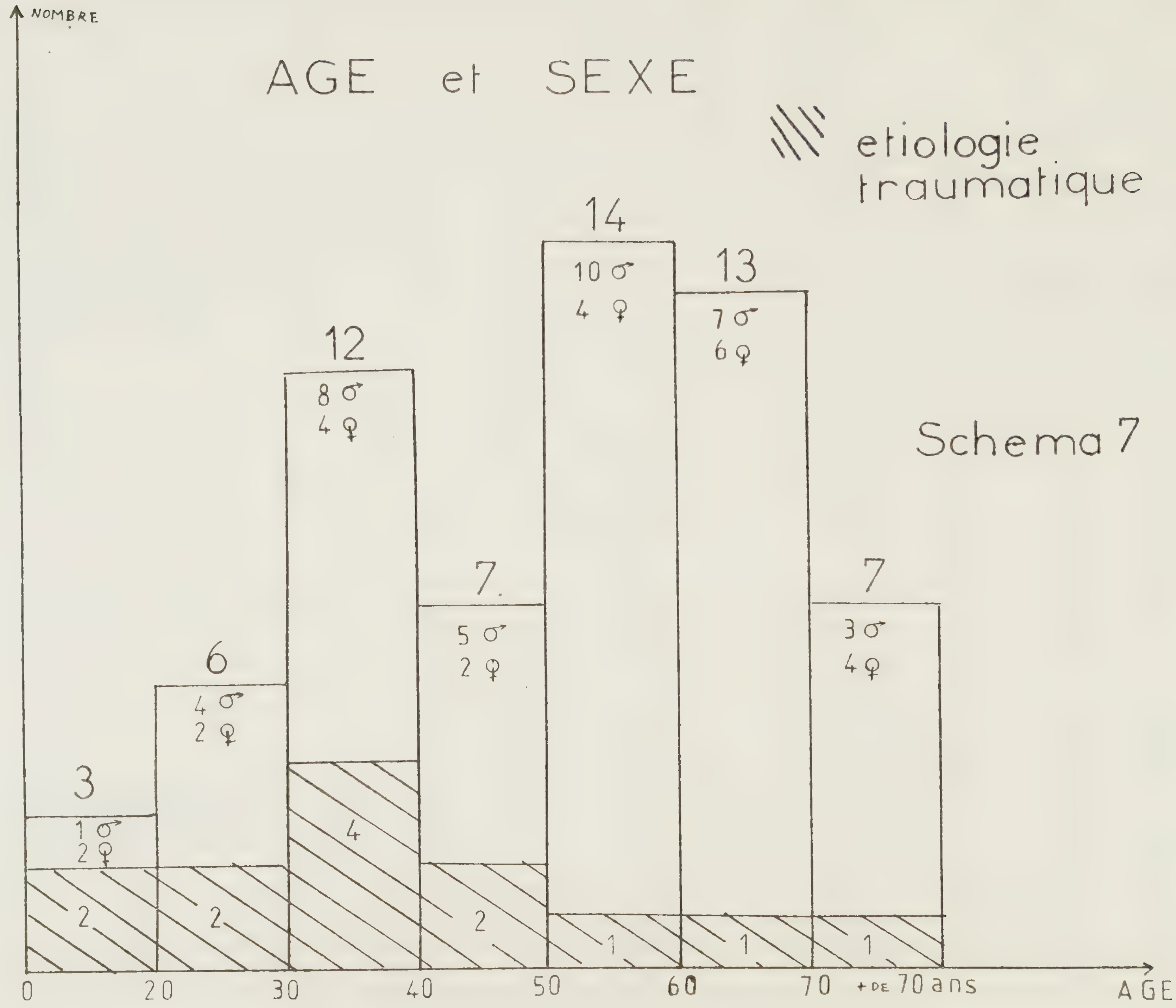
Frequence depuis 1970

Schema 5



Origine geographique des malades

Schema 6


AGE et SEXE
etiologie traumatique
Schema 7
NOMBRE
AGE
3
1 ♂
2 ♀
2
6
4 ♂
2 ♀
2
12
8 ♂
4 ♀
4
7.
5 ♂
2 ♀
2
14
10 ♂
4 ♀
1
13
7 ♂
6 ♀
1
7
3 ♂
4 ♀
1
0
20
30
40
50
60
70
+ DE 70 ans

III - ETIOLOGIE GEOGRAPHIQUE (schéma n°6 page 124)

37 malades ont été suivis en "seconde main" dans le service : 10 proviennent de la région lyonnaise ; 26 malades proviennent de 10 départements encerclant le Rhône ; la moitié de ces malades vient de l'Isère (7 cas) et de la Haute-Savoie (6 cas). Nous avons un malade venant de Constantine (Algérie).

23 malades proviennent du service (Pavillon A puis G) dont 18 malades ont été opérés à la garde au départ.

2 malades ont été traités à la Clinique de la Sauvegarde à Lyon.

Il faut noter que parmi ces 62 malades, 59 passeront en service de réanimation en raison de leur état dramatique et non pas pour simple surveillance post-opératoire de principe.

IV - ANTECEDENTS

24 malades n'ont pas d'antécédent particulier, 13 vont décéder (54 %). Certains de ces malades ont plusieurs antécédents.

1 - Antécédents chirurgicaux : 26 cas dont 15 décès (58 %)

. Appendicectomie	6 cas	2 décès
. Gastro-entéro-anastomose pour ulcère	4 cas	2 décès
. Chirurgie gynécologique	4 cas	4 décès
. Hernie inguinale	3 cas	3 guérisons
. Hernie hiatale	2 cas	1 décès
. Cure d'éventration	2 cas	1 décès
. Cholécystectomie	2 cas	1 décès
. Ulcère perforé suturé	1 cas	1 décès
. Prolapsus rectal	1 cas	1 décès
. Prothèse aortique	1 cas	1 décès

...

2 - *Antécédents gastro-entérologiques* : 14 cas dont 13 décès (93 %)

. Ethylisme...................... 7 cas........ 6 décès
. Maladie ulcèreuse.............. 3 cas........ 3 décès
. Hépatite virale................ 1 cas........ 1 décès
. Pancréatite.................... 1 cas........ 1 décès
. Lithiase vésiculaire........... 1 cas........ 1 décès
. Hernie hiatale................. 1 cas........ 1 décès

3 - *Antécédents cardio-vasculaires* : 8 cas dont 6 décès (75 %)

. H.T.A.......................... 4 cas........ 3 décès
. Angor.......................... 3 cas........ 3 décès
. Artérite des membres inférieurs 1 cas........ guéri

4 - *Antécédents neuro-psychiatriques* : 7 cas dont 6 décès (86 %)

. Psychiatrique.................. 3 cas........ 3 décès
. Hémiplégie..................... 2 cas........ 2 décès
. Sclérose en plaques............ 1 cas........ 1 décès
. Epilepsie...................... 1 cas........ guéri

5 - *Antécédents pulmonaires* : 6 cas et 6 décès (100 %)

. Insuffisance respiratoire...... 5 cas........ 5 décès
. Tuberculose.................... 1 cas........ 1 décès

6 - *Obésité* : 5 cas dont 4 décès

7 - *Insuffisance rénale* : 2 cas et 2 décès

8 - *Divers*

. Adénome prostatique............ 2 cas........ 2 décès
. Septicémie (Streptocoque)...... 1 cas........ 1 décès
. Polyartrite rhumatoïde......... 1 cas........ 1 décès
. Goître......................... 1 cas........ guéri
. Infection urinaire............. 1 cas........ guéri

...

9 - *Association de tares*

Nous avons trouvé 19 malades qui n'avaient qu'une tare, 14 vont décéder (74 %). Ce pourcentage est élevé mais s'explique par le fait qu'il s'agit de tares majeures le plus souvent (insuffisance rénale et respiratoire, éthylisme et malades traités aux corticoïdes).

9 malades avaient 2 tares associées, 5 décès seulement (56 %). Il s'agit de malades qui ont des antécédents chirurgicaux simples (appendicectomie, hernie inguinale) qui n'aggravent pas le pronostic.

4 malades avaient 3 tares, 3 décès.

5 malades avaient 4 tares et plus, 4 décès. Le seul survivant dans ce groupe de polytarés est un multi-opéré de l'abdomen (gastrectomie, appendicectomie, cholecystectomie...).

Cette étude montre que la mortalité est inférieure à la moyenne de la série dans les groupes de malades qui n'ont pas d'antécédents ou qui ont des antécédents chirurgicaux abdominaux.

Les polytarés n'ont pas un mauvais pronostic si ils ne sont pas porteurs de tares majeures (éthyliques, rénales, respiratoires, cardiaques et neuropsychiatriques).

10 - *Groupe des polytraumatisés*

Ces polytraumatisés font partie du groupe des étiologies traumatiques (13 cas). Les lésions associées étaient :

. Fracture de membres (dont 4 ouvertes)................	11 cas........	10 décès
. Fracture du bassin...............	7 cas........	7 décès
. Fracture du crâne.................	5 cas........	3 décès
. Thoraciques (dont 2 volets thoraciques).....................	4 cas........	3 décès
. Fracture de la colonne cervicale..	1 cas........	1 décès

...

V - ETIOLOGIE D'ORGANE

Nous avons 2 groupes dans notre série :

. Les étiologies traumatiques.......... 13 cas (21 %) avec 62 % de décès
. Les étiologies non traumatiques....... 49 cas (79 %) avec 72 % de décès

ROUSSON avait la même proportion d'étiologie traumatique : 1 cas sur 5 environ.

A) ETIOLOGIE NON TRAUMATIQUE *(schéma n° 8 page 131)*

Nous avons regroupé 53 étiologies d'organe pour 49 cas, en effet, certains ont des étiologies doubles : par exemple, une entéro-colite nécrosante du grêle et du colon sera prise en compte dans la série du grêle et du colon.

1 - Digestif : 47 cas dont 34 décès (72 %)

a) colon : Le colon prédomine avec 13 cas (9 décès : 69 %) alors que dans la série de ROUSSON (35), l'appendicectomie prédominait avec 14 cas. Nous verrons que l'appendicectomie vient très loin en fréquence dans cette série.

Nous allons détailler les étiologies :

		Numéro des Observations
. Sigmoïdite et perforation diverticulaire	3 cas	29, 35, 53
. Tumeurs du colon gauche	2 cas	6, 45
. Tumeurs du Sigmoïde	2 cas	19, 54
. Entérocolite nécrosante	2 cas	14, 16
. Volvulus du colon droit	1 cas	34
. Nécrose de l'angle colique droit	1 cas	41
. Striction colique par hématome des épiploons	1 cas	1
. Prise d'un transplant transverse pour oeso-coloplastie	1 cas	42

Il semble que la chirurgie du sigmoïde (sigmoïdite et tumeur du sigmoïde) soit une étiologie prédominante avec 5 cas sur les 13 que comprend le colon.

...

b) Estomac - duodénum : 12 cas dont 12 décès. Cette étiologie est particulièrement meurtrière avec 100 % de décès. La maladie ulcéreuse est largement prédominante dans ce groupe avec 8 cas soit les 2/3.

	Cas	Numéro des observations
. Maladie ulcéreuse................	8 cas :	
- Suture ulcère duodénal perforé..	3 cas........	51, 46, 10
- G.E.A. pour ulcère duodénal.....	2 cas........	38, 20
- Suture ulcère duodénal de stress	1 cas........	2
- Ulcère duodénal résistant à la Cimétidine.....................	1 cas........	24
- Gastrectomie haute verticale pour ulcérations multiples......	1 cas........	7
. Gastrectomie totale.............. (tumeur du pôle supérieur de l'estomac)...........................	1 cas........	18
. Nécrose totale de l'estomac (ingestion d'alcali)..............	1 cas........	3
. Gastrostomie.....................	1 cas........	7
. Gastrectomie partielle (associée à une duodéno-pancréatectomie totale)...........................	4 cas........	57

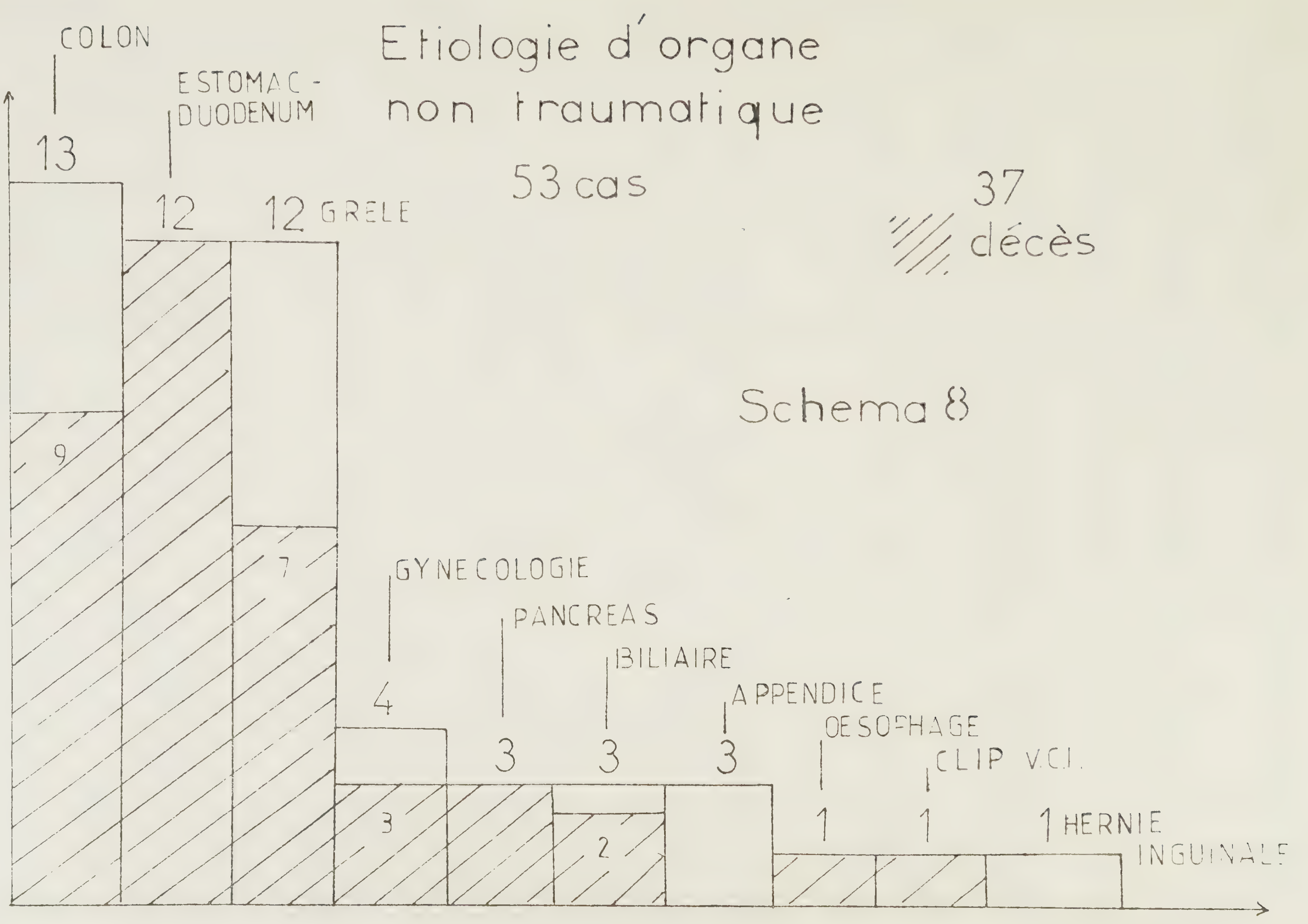
c) Grèle : 12 cas, 7 décès (58 %). Aussi fréquent que l'estomac mais dont le pronostic est nettement plus favorable. Le tiers des cas est représenté par une perforation du grèle :

	Cas	Numéro des Observations
. Perforation du grèle.............	4 cas........	60, 44, 43, 31
. Entérite nécrosante avec resection	2 cas........	14, 25
. Occlusion sur brides.............	2 cas........	21, 62
. Entérolyse avec CHILDS...........	1 cas........	31
. Infarctus veineux entérique.......	1 cas........	47
. Volvulus de l'iléon..............	1 cas........	55
. Sutures sur le grèle (après libération d'adhérences qui se sont révélées être perméables à la coupe)...........................	1 cas........	27

2 - Chirurgie gynécologique : 4 cas, 3 décès

Par rapport à la série de ROUSSON (8 cas) cette étiologie diminue en fréquence. L'hystérectomie par voie vaginale arrive en tête avec 2 cas (n°2, 11)

...


Etiologie d'organe
non traumatique
53 cas
37
décès
Schema 8
COLON
13
9
ESTOMAC-
DUODENUM
12
12 GRELE
7
GYNECOLOGIE
4
3
PANCREAS
3
BILIAIRE
3
2
APPENDICE
3
OESOPHAGE
1
CLIP V.C.I.
1
1 HERNIE
INGUINALE

puis nous avons une césarienne (12) et enfin une perforation iatrogène utérine après curetage (26).

3 - *La chirurgie biliaire* : *intervient 3 fois (2 décès)*

4 - *Pancréas* : *3 cas, 3 décès (5, 40, 48)*

La pathologie pancréatique est redoutable. Il s'agissait de pancréatites aigues dans 2 cas (5, 48) et d'une pancréatite chronique dans 1 cas (40) qui avait entraîné la perte de 40 kilogrammes.

5 - *Appendicectomie* : *intervient 3 fois (4, 36, 61) pas de décès*

6 - *Divers*

Parmi les causes rares, nous avons un cas après pose d'un clip sur la veine cave inférieure pour embolies pulmonaires (13). Curieusement nous retrouvons le même cas dans la série de ROUSSON. Nous avons également un cas après cure de hernie inguinale et un cas de tumeur de l'oesophage.

B) ETIOLOGIE TRAUMATIQUE *(schéma n°9 page 133)*

Nous avons retrouvé 13 cas dont 8 décès (62 %). Les péritonites après splénectomie sont plus fréquentes.

1 - *Splénectomies* : *4 cas, 3 décès (8, 15, 28, 37)*

Un cas est associé à une suture d'une plaie du mésocolon sigmoïde (28).

2 - *Colon* : *3 cas, 1 décès (52, 58, 59)*

Il s'agissait d'une rupture du sigmoïde, d'une déchirure de la face antérieure du recto-sigmoïde et d'une nécrose du colon.

3 - *Estomac* : *2 cas, 2 décès (23, 33)*

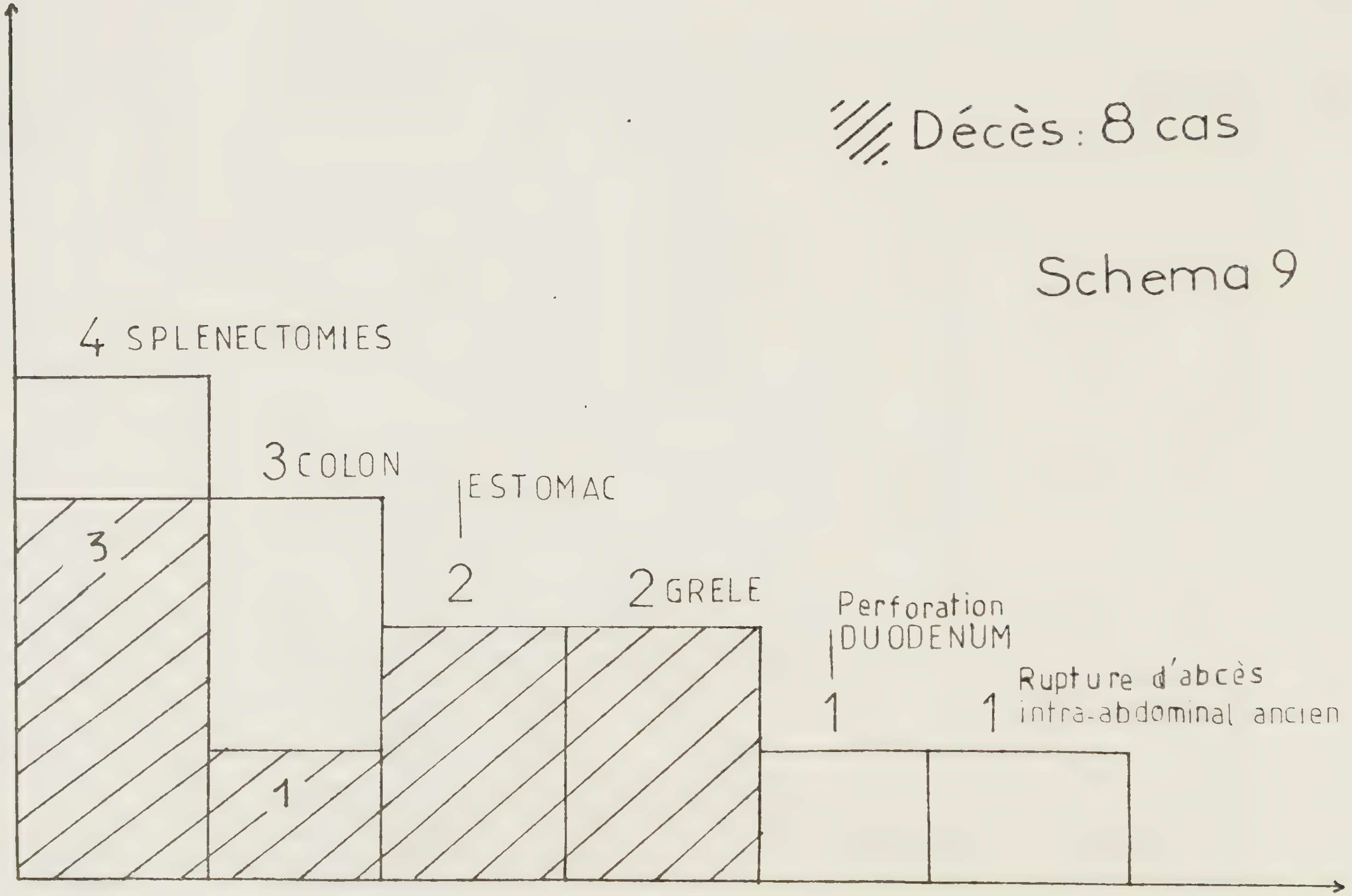
4 - *Grêle* : *2 cas, 2 décès (9, 50)*

Il s'agissait de perforation du Jéjunum et de l'iléon.

...

ETIOLOGIE D'ORGANE

TRAUMATIQUE 13 cas



Schema 9

Les autres étiologies plus rares étaient une perforation du duodénum et un abcès intra-abdominal ancien (après un coup de couteau).

Nous n'avons pas de péritonite après chirurgie extra-abdominale

VI - L'INTERVENTION INITIALE

Nous allons analyser le geste opératoire initial en détaillant : la voie d'abord, l'intervention pratiquée, le drainage, l'antibiothérapie post-opératoire. Un grand nombre de ces malades a subit plusieurs interventions avant de constituer une péritonite post-opératoire, cela explique que le nombre de cas, dans chaque partie étudiée, soit supérieur au nombre de cas de la série.

Lorsque cela est possible, nous étudions les relations qui existent entre le geste initial et la péritonite post-opératoire.

A) VOIES D'ABORD

Laparotomie médiane à cheval............	48 fois
Laparotomie médiane sus-ombilicale.......	11 fois
Laparotomie médiane sous-ombilicale......	5 fois
Mac Burney..............................	4 fois
Thoracotomie............................	2 fois
Divers..................................	10 fois

Il existe donc un nombre important de gestes opératoires pratiqués par voie médiane à cheval, 48 fois (ROUSSON en avait 24). Cela s'explique par l'étiologie colique qui prédomine dans la série et d'autre part, 42 malades ont été opérés en urgence, la voie d'abord médiane étant plus fréquemment employée dans ce cas précis.

Parmi les voies diverses, nous avons :

		Numéro des Observations
Voie périnéale..........................	3 fois......	1, 11, 26
Voie sous-costale.......................	1 fois......	37
Cervicotomie gauche.....................	1 fois......	42
Incision de BARAYA......................	1 fois......	34
Incision en S de Hepp...................	1 fois......	40
Pfannenstiel............................	1 fois......	12
Voie inguinale..........................	1 fois......	39
Voie d'abord sur les membres inférieurs..	1 fois......	14

...

La réintervention devra tenir compte de ces diverses voies d'abord.

B) LE GESTE OPERATOIRE

1 - *Exploration simple - drainage* : 2 cas

Observation n°22 : tableau péritonéal post-traumatique, 2 jours après un coup de barre de fer, l'intervention ne découvre qu'une péritonite purulente initiale sans lesion viscérale. La poursuite du phénomène infectieux initial sera à l'origine de la péritonite post-opératoire.

Observation n°52 : après une laparotomie post-traumatique, le malade est repris pour une éviscération, l'intervention est négative, pas de lésion sous-jacente. Quelques jours plus tard, péritonite post-opératoire par une nécrose limitée sur le colon après une nouvelle éviscération.

2 - *Défaut d'exploration ou mauvaise estimation des lésions*

ROUSSON avait relevé 6 cas sur les 80 de sa série, nous en avons retrouvé 3 sur les 62 cas.

Observation n°9 : jeune femme accidentée en voiture, polytraumatisée qui présente un ventre douteux. Une ponction lavage du péritoine étant négative on pratique une coeliotomie à minima qui ne montre pas de sang intra-abdominal. La jeune femme est reprise sept jours plus tard pour péritonite, on découvre alors une perforation jéjunale post-traumatique passée inaperçue lors de la première intervention. Décès dans les suites.

Observation n°15 : polytraumatisé de la route. Splénectomie en urgence, drainage par 2 redons qui se bouchent immédiatement. Le lendemain, le ventre est tendu, douloureux, le malade est repris au Pavillon G, on découvre alors une éraillure du dôme hépatique et une plaie du mésentère non suturée lors de la première intervention. Il existait également une hématurie non expliquée. La deuxième laparotomie permet de découvrir une contusion du dôme vésical. Décès dans les suites.

Observation n°56 : blessure abdominale par balle, perforation de l'estomac, du 4ème duodénum, du mésocolon et de la veine cave inférieure. Au 8ème jour post-opératoire, péritonite par perforation du genu inferius du duodénum non suturée lors de la première intervention. Guérison.

...

Il s'agit donc de trois cas de péritonites post-traumatiques. Ces trois malades ont été opérés en urgence et dans les trois cas, l'exploration abdominale n'a pas été complète. Nous pouvons conclure que :

- la coeliotomie "à minima" est à proscrire en urgence devant un ventre douteux.
- la chirurgie d'urgence ne doit pas être synonyme de chirurgie "à minima" et de chirurgie rapide. Le chirurgien doit prendre son temps comme s'il s'agissait d'une chirurgie réglée.

3 - *Sutures et anastomoses digestives*

Nous allons séparer les anastomoses et les sutures simples. Il y a en tout 54 sutures digestives dont 7 ont été faites en milieu septique ; 34 sutures vont lâcher dont 5 qui avaient été faites en milieu septique.

a) Anastomoses digestives :

Anastomoses	Nombre de fois	Nombre de fois en Milieu septique	Lâchages	Nombre de lâchages Milieu septique
Grêle - grêle	10	1	8	1
Gastro-entéro anastomose	6	1	4	1
Colon - colon	6	0	5	0
Grêle - colon	5	1	3	1
Cholédoco-jéjunale	3	0	2	0
Wirsungo-jéjunale	2	-	-	-
Oeso-jéjunale	2	-	1	-
Oeso-colique	1	-	-	-
Dégastro-gastrectomie	1	-	-	-

Au total, 36 anastomoses dont 3 faites en milieu septique. 23 vont être à l'origine de péritonites post-opératoires. On remarque que toutes les anastomoses faites en milieu septiques ont lâché.
83 % des anastomoses colon-colon et 80 % des anastomoses grêle-grêle n'ont pas tenu.

...

b) Sutures digestives :

Sutures digestives	Nombre de fois	Nombre faites en milieu septique	Lâchages	Nombre de lâchages en milieu septique
Moignon duodénal	4	-	3	-
Pyloroplastie	2	-	1	-
Suture d'ulcère duodénal perforé	2	2	1	1
Sutures latérales sur grêle	4	1	4	1
Sutures latérales sur colon	3	1	1	-
Sutures latérales sur estomac	1	-	-	-
Sutures latérales sur duodénum	1	-	-	-
Entérotomie de vidange	1	-	1	-

Au total, 18 sutures digestives dont 4 pratiquées en milieu septique. 11 sutures vont lâcher, 2 avaient été faites en milieu septique. Toutes les sutures latérales sur le grêle ont lâché et sur les 4 moignons duodénaux, 3 vont lâcher. L'entérotomie de vidange ne devrait plus se voir.

Nous avons regroupé les résultats en fonction du type de l'anastomose ou de la suture (terminale ou latérale) :

Type d'anastomose ou de suture	Nombre de fois	Nombre faites en milieu septique	Lâchages	Nombre de lâchages en milieu septique
Termino-latérale	21	2	11 (52 %)	2
Latérale	14	4	8 (57 %)	2
Termino-terminale	13	1	9 (69 %)	1
Terminale	4	-	3 (75 %)	-
Latéro-latérale	2	-	1 (50 %)	-

...

Nous avons donc 37 sutures digestives latérales (en regroupant les termino-latérales, latérales et latéro-latérales) dont 19 vont lâcher (51 %). Les sutures latérales n'ont donc pas un pronostic aussi bon que le pensait ROUSSON (35). Sur les 17 sutures digestives terminales (termino-terminales et terminales comprenant le moignon duodénal) nous avons 70 % de lâchages (12 sutures).

c) Stomies :

Nous avons regardé le devenir des stomies faites au cours du geste initial : 20 sutures ont été pratiquées avec une prédominance de colostomies (9 cas). 4 stomies seulement vont être à l'origine d'une péritonite post-opératoire avec 2 nécroses de colostomies, une déhiscence de caecostomie et d'iléostomie latérale.

4 - *Splénectomie*

Elle est pratiquée 10 fois dans notre série, pour 4 cas elle est à l'origine de la péritonite.

5 - *Cholecystectomie*

Elle est pratiquée 5 fois dans notre série, nous n'avons relevé qu'une seule fuite du moignon cystique.

6 - *Pancréatectomie*

Sur 5 pancréatectomies dont 2 céphaliques, 2 caudales et une totale, nous n'avons pas de survivant.

7 - *Hépatectomie et sutures hépatiques*

Elles ont été pratiquées 4 fois et n'ont pas été en cause dans la péritonite post-opératoire.

8 - *Appendicectomie*

Elle a été pratiquée 3 fois seulement. Il y en avait 16 dans la série de ROUSSON. Nous avons 3 péritonites post-opératoires, dans les suites, sans lâchage de moignon appendiculaire.

...

9 - *Divers*

2 vagotomies hypersélectives, 2 entérolyses, 2 sutures de plaies mésentériques, 1 suture de vessie (pas en cause dans la péritonite post-opératoire), 1 suture de la veine cave inférieure, 1 plébotomie de la veine mésentérique, 1 cure de hernie ombilicale étranglée, 1 cure de hernie hiatale, 1 pose de Clip de De Weese sur la veine cave inférieure par voie abdominale.

C) TYPE DE DRAINAGE

Nous avons relevé le type de drainage à chaque intervention et lorsque cela était possible, nous avons essayé de voir les cas où le lâchage de suture ou la suppuration péritonéale était consécutif. Nous rappelons que chez quelques malades plusieurs interventions ont été pratiquées avant de constituer une péritonite.

	Nombre de cas	Lâchage de suture consécutif	Abcès résiduels
Pas de drainage	14	1	6
Mèche, lame ou tube	18	5	4
Multiple	6	3	1
Aspiratif (actif)	26	10	10
Non précisé	11	2	2

D) ANTIBIOTHERAPIE POST-OPERATOIRE

Standart (Péni + nitroimidazole).......... 42
Aucune.................................... 4
Non précisée.............................. 16
Changée 1 fois au cours de l'évolution.... 13
Changée 2 fois et plus.................... 23

Nous avons donc les 2/3 des malades qui ont constitué une péritonite post-opératoire alors qu'ils étaient traités par une association d'antibiotiques. Nous reviendrons sur ce problème de l'antibiothérapie préventive. Nous remarquons que dans les suites de la péritonite post-opératoire, l'antibiothérapie a été changée au moins 46 fois en fonction de l'antibiogramme fait sur le liquide péritonéal. Dans la série de ROUSSON, les 2/3 des malades avaient également reçu une antibiothérapie de "couverture" après l'intervention initiale.

...

2

PATHOGENIE

LOCALE

CHAPITRE II - PATHOGENIE LOCALE

Nous allons envisager les causes de la péritonite post-opératoire et l'état péritonéal à l'intervention.

I - CAUSES DE LA PERITONITE POST-OPERATOIRE (schéma n° 10 page 142)

Nous avons relevé pour 62 dossiers : 101 causes de péritonite. Nous avons 29 récidives de péritonite et 10 causes doubles.

A) LACHAGE DE SUTURE *(schéma n° 11 page 144)*

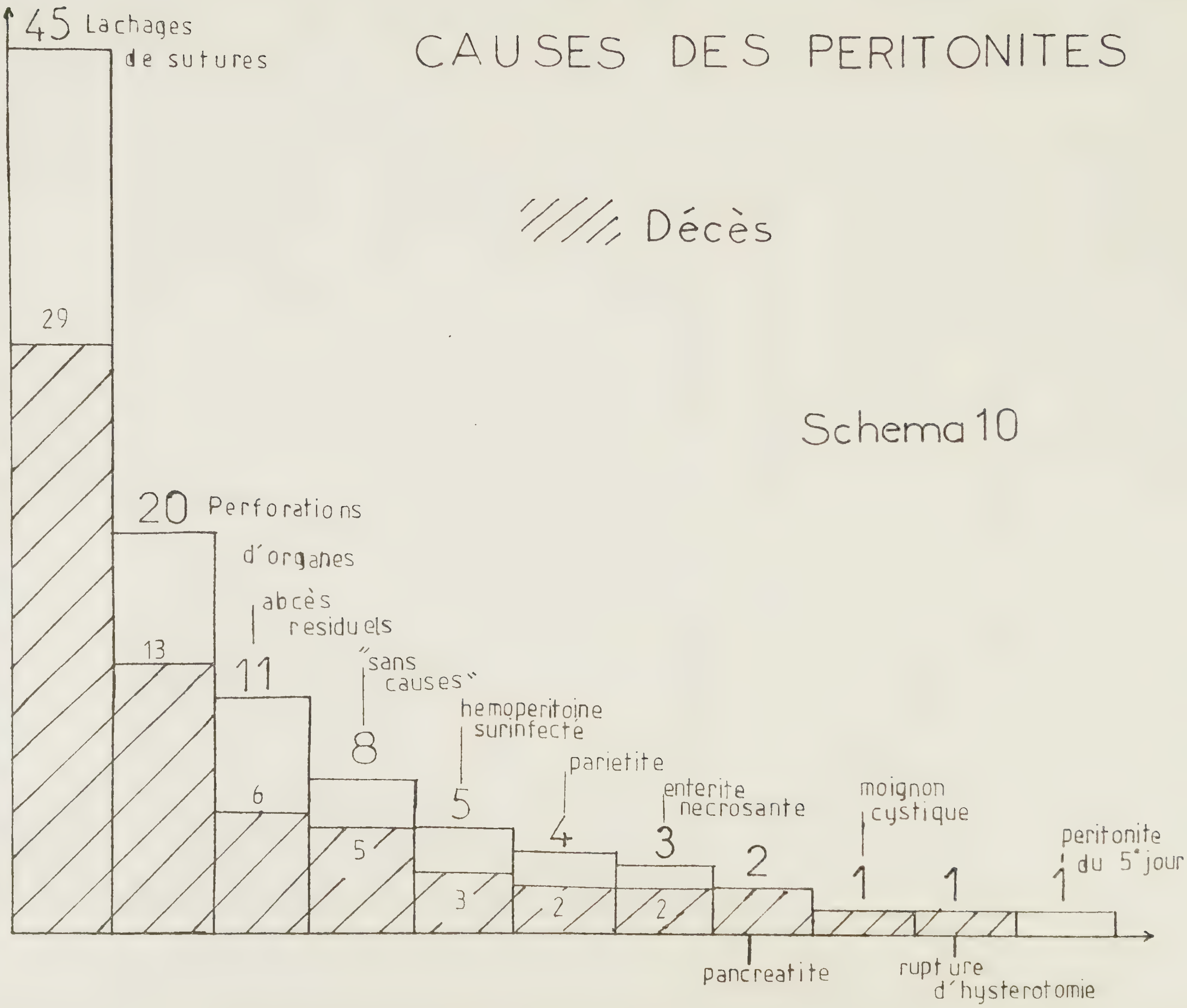
La première cause de péritonite post-opératoire est le lâchage de suture, nous en avons 45 cas (avec 64 % de décès) dans notre série. Cela représente 45 % des causes. Nous retrouvons cette prédominance du lâchage de suture chez de nombreux auteurs (4, 17, 35, 36, 39), COMTE (5) en revanche, a dans sa série de 27 cas une prédominance de perforations d'organes, le lâchage de suture ne représente que la deuxième cause de péritonite post-opératoire. Nous allons donner le détail de ces lâchages de suture par organe et par ordre de fréquence décroissant. Nous avons intégré dans ce chapitre les désunions de stomies digestives. Nous rappelons que dans la série de ROUSSON (35), le lâchage de suture ne représente que le 1/4 des causes.

1 - Le grêle : 20 lâchages de suture - 10 décès

Sutures latérales sur le grêle........	7 lâchages	dont 2 décès
Anastomoses iléo-iléales.............	5 "	dont 2 "
Anastomoses iléo-coliques............	3 "	dont 3 "
Stomies terminales sur le grêle.......	3 "	dont 2 "
Anastomoses jéjuno-iléales...........	1 "	dont 1 "
Anastomoses cholédoco-jéjunales.......	1 "	guérison

...

CAUSES DES PERITONITES



Schema 10

2 - *Estomac* : *8 lâchages de suture, 7 décès*

Anastomoses gastro-jéjunales..........	3 lâchages	dont 3 décès
Sutures gastriques latérales..........	2 "	dont 1 "
Gastrostomie..........................	2 "	dont 2 "
Pyloroplastie.........................	1 "	dont 1 "

3 - *Duodénum* : *8 lâchages de suture, 7 décès*

Moignon duodénal......................	4 lâchages	dont 4 décès
Sutures de perforations (dont 2 ulcères).................................	3 "	dont 2 "
Anastomoses duodéno-jéjunales.........	1 "	dont 1 "

4 - *Colon* : *7 lâchages de suture, 3 décès*

Anastomoses colo-coliques............	3 lâchages	dont 1 décès
Anastomoses colo-rectales............	2 "	dont 1 "
Bourse d'enfouissement sur coecum....	1 "	guérison
Caecostomies.........................	1 "	dont 1 "

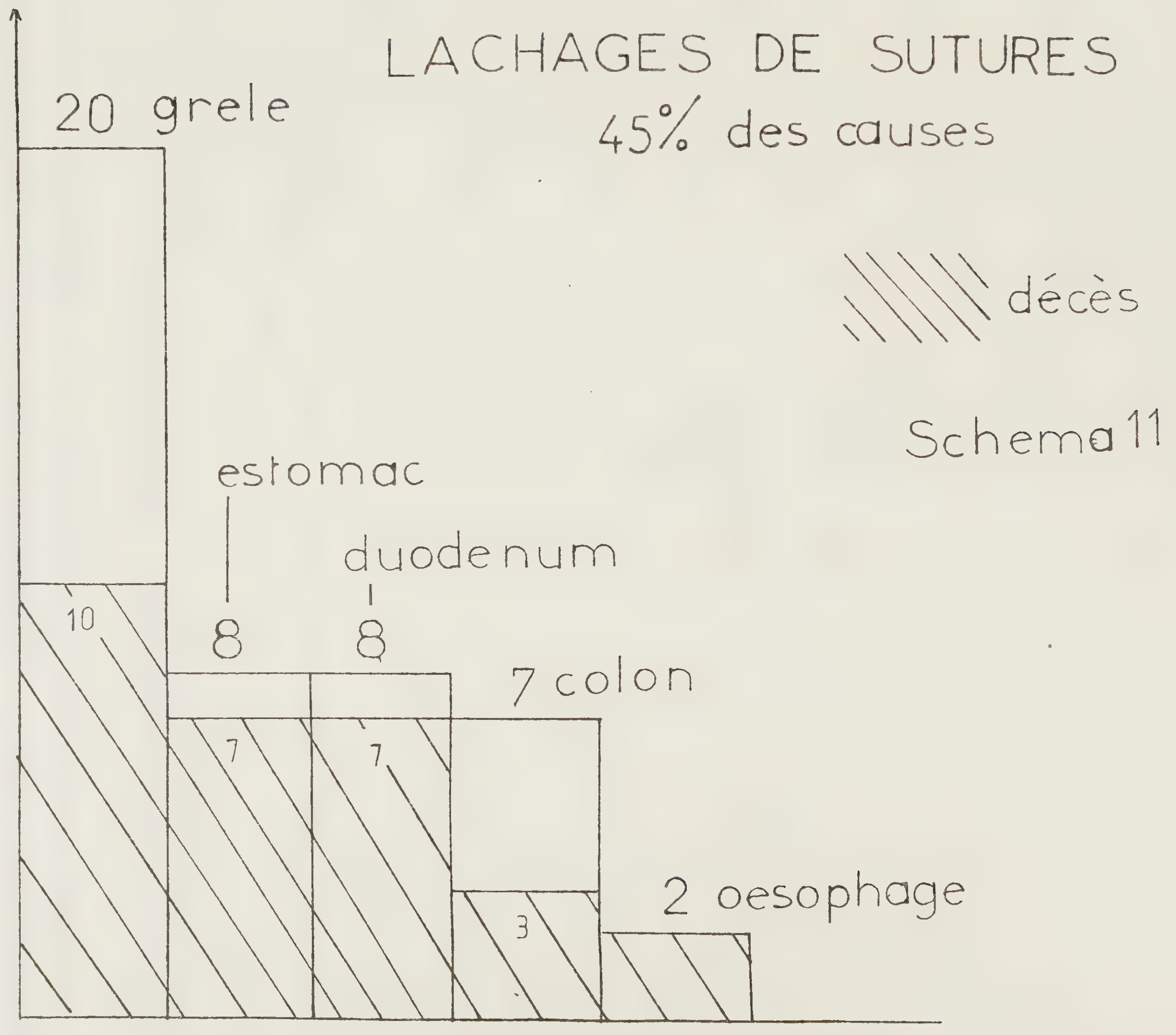
5 - *Oeso-jéjunale* : *2 lâchages de suture, 2 décès*

6 - *Type d'anastomoses ou de sutures en cause*

Parmi ces lâchages de suture nous avons relevé de façon globale :

2 latéro-latérales......	dont 1 avait été faite en milieu septique
9 termino-latérales.....	dont 4 avaient été faites en milieu septique
16 latérales............	dont 9 avaient été faites en milieu septique
8 terminales...........	dont 4 avaient été faites en milieu septique
9 termino-terminales....	dont 1 avait été faite en milieu septique

...


LACHAGES DE SUTURES
45% des causes
décès
Schema 11
20 grele
10
estomac
8
7
duodenum
8
7
7 colon
3
2 oesophage

Organe	Nombre et type de suture ou d'anastomose	Nombre de suture ou d'anstomose pratiqué en milieu septique
Grêle : 20 cas	7 latérales	1
	5 termino-latérales	2
	4 termino-terminales	1
	3 terminales	2
	1 latéro-latérale	1
Estomac : 8 cas	5 latérales	3
	3 termino-latérales	1
Duodénum : 8 cas	4 terminales	2
	3 latérales	3
	1 termino-terminale	-
Colon : 7 cas	4 termino-terminales	-
	1 terminale	-
	1 latérale	-
	1 latéro-latérale	-
Oesophage : 2 cas	2 termino-latérales	1

REMARQUES

1 - Aucune des anastomoses ou des sutures portant sur le colon n'avait été faite en milieu septique.

2 - Tous les types d'anastomoses et sutures peuvent se désunir, les sutures latérales ne paraîssent ni plus ni moins "solides" que les terminales.

3 - Nous avons donné le nombre de décès pour essayer de faire un pronostic mais il faut tenir compte du fait que nous avons des récidives de péritonites (29 globalement) chez certains malades et en plus nous trouvons des causes doubles, cela explique que la mortalité, pour chaque cause prise séparément, est inférieure à la moyenne de la série des 62 cas (68 % de décès). Cette remarque est valable pour toutes les autres causes de péritonites post-opératoires que nous allons étudier.

...

B) PERFORATIONS D'ORGANES

Nous l'avons rencontré 20 fois (20 % des causes) avec 13 décès dans les suites. Les perforations du grêle prédominent (comme pour le lâchage de suture). Nous intégrons les nécroses limitées d'un organe qui se comportent secondairement comme une perforation.

1 - Grêle : 6 fois, 5 décès

5 perforations - 1 nécrose.

2 - Estomac : 4 fois, 3 décès

3 nécroses - 1 perforation non ulcéreuse.

3 - Ulcères perforés : 4 fois, 3 décès

2 malades étaient traités par Milide - Dogmatil et un malade était sous Tagamet. 1 seul malade n'était pas traité par une chimiothérapie préventive.

4 - Colon : 3 nécroses, 2 décès

5 - Duodénum : 1 perforation non ulcéreuse (guéri)

6 - Vésicule : 1 perforation (guéri)

7 - Utérus : 1 perforation (guéri)

C) AUTRES CAUSES

1 - Abcès résiduels (ou péritonites évolutives)

11 cas (6 décès) : évolution d'une péritonite initiale ou secondaire.

2 - Sans cause : 8 cas (8 % des causes), 5 décès

Nous avons un nombre élevé de péritonites dont la cause n'a pas été retrouvée en per-opératoire. Ce chiffre est important, ROUSSON dans sa série ne relevait que 2 cas où la réintervention n'a pas donné de cause anatomique précise.

...

Nous pensons que dans un certain nombre de cas, il s'agit de désunions d'anastomoses ou de sutures passées inaperçues. Dans 3 cas sur les 8, l'intervention a été suivie, dans les jours suivants, d'une nouvelle péritonite par désunion d'une anastomose macroscopiquement évidente. Le problème est de savoir si une désunion microscopique (puisque macroscopiquement la suture est bonne) peut être à l'origine d'une péritonite généralisée. Dans un autre cas, le malade a constitué une nouvelle péritonite opérée 3 jours plus tard dont le point de départ était un phlegmon de paroi assez important ; cette pariétite existait certainement 3 jours plus tôt.

Nous avons donc 4 cas pour lesquels nous ne pouvons donner de cause à la péritonite. ROUSSON explique ces péritonites par un processus d'ensemencement hématogène (mais point de départ ?). Il ne faut pas non plus écarter l'hypothèse d'une contamination bactérienne per-opératoire pendant l'intervention initiale.

3 - *Hémopéritoine surinfecté* : 5 cas, 3 décès

4 - *Pariétite* : 4 cas, 2 décès

5 - *Entérite nécrosante* : 3 cas, 2 décès

6 - *Pancréatite* : 2 cas, 2 décès

7 - *Péritonite du 5ème jour* : 1 cas après appendicectomie (guéri)

8 - *Moignon cystique* : 1 cas, 1 décès

9 - *Rupture d'hystérotomie* : 1 cas, 1 décès

...

II - ETAT PERITONEAL (schéma n°12 page 149)

	Nombre	Nombre de décès
Puriforme	35	25
Fausses membranes associées	22	15
Louche	12	7
Stercoral	11	7
Abcès multiples	11	4
Digestif haut	9	8
Hémorragiques infectés	7	6
Cholépéritoine	1	1

Nous n'avons pas d'uropéritoine (la vessie n'a jamais été en cause dans la péritonite post-opératoire).

La péritonite à abcès multiples est la meilleure forme pronostique dans notre série avec seulement 36 % de décès (nous retrouvons cette notion dans un chapitre où nous étudions les cas de guérisons en un seul ensemble). ROUSSON n'avait pas de guérison dans cette forme de péritonite.

En revanche, les épanchements digestifs hauts, le cholépéritoine et les hémopéritoines n'ont pas un bon pronostic avec 86 à 100 % de décès selon les cas. Cela s'explique facilement, le sang constituant un très bon milieu de culture, les épanchements digestifs hauts et le cholépéritoine occasionnent de "véritables brûlures internes" (GROSDIDIER, 15) qui favorisent la surinfection.

III - PHYSIOPATHOLOGIE DES PERITONITES

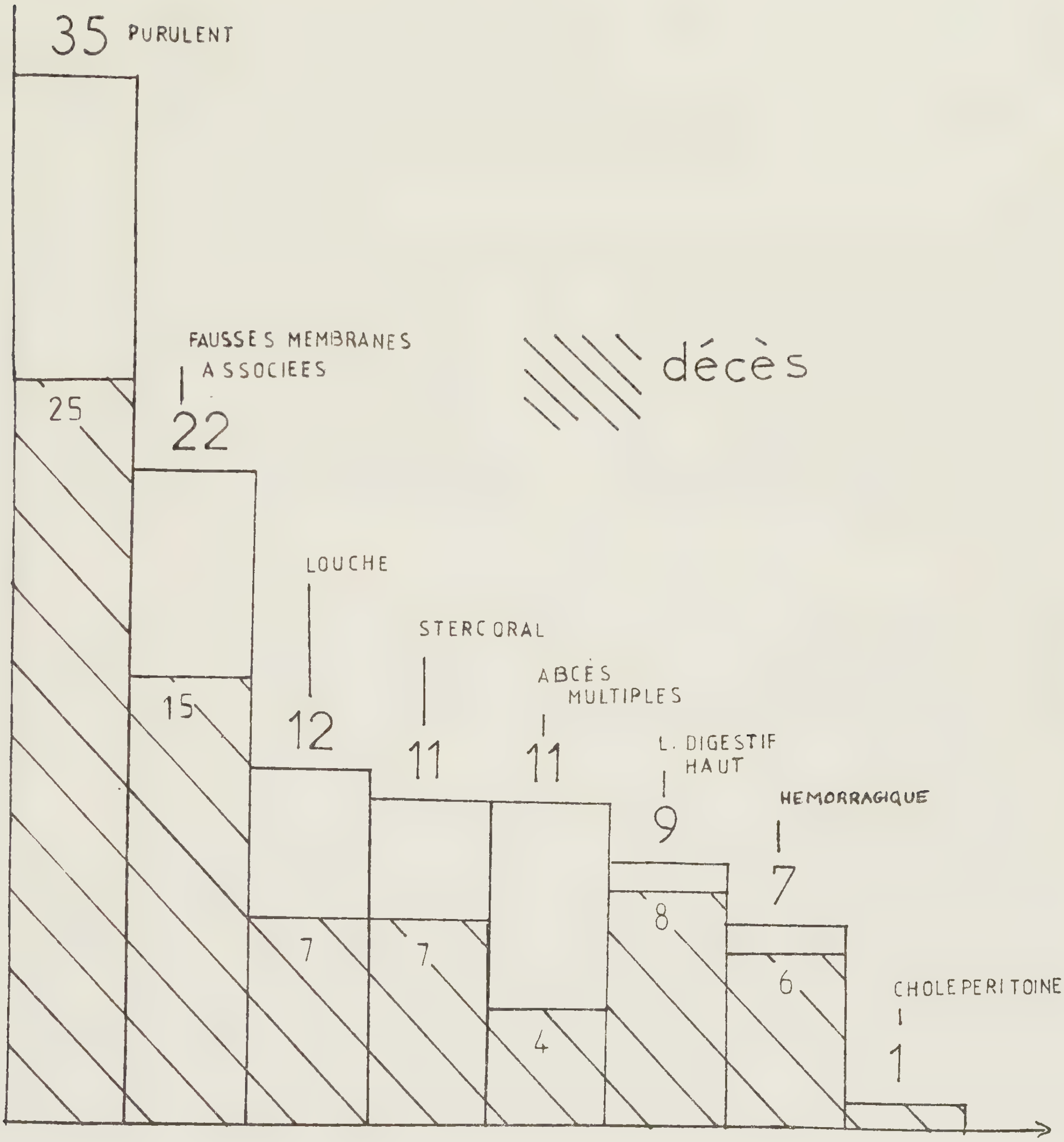
Pour constituer une péritonite, il faut l'association de 2 facteurs :

1 - Une bactérie : provenant de la lumière intestinale, de la paroi ou par contamination per-opératoire. Le péritoine a des capacités naturelles de résorption bactérienne s'il n'y a pas de facteur adjuvant associé.

2 - Un facteur adjuvant : est essentiel pour que la péritonite se produise : le sang, les matières fécales, le suc gastrique ou la bile (5). Lorsque le sang et les matières fécales sont en causes, les capacités de réabsorption

...

LIQUIDE PERITONEAL



Schema 12

des matières organiques du péritoine sont rapidement dépassées, il se produit des perturbations dans les mécanismes d'échanges (l'absorption et l'excrétion) du péritoine ce qui empêcherait l'arrivée des antibiotiques in situ (5).

Le péritoine, au début, est libre, sans adhérence, il se produit des courants circulatoires, bien connus, entraînant en position couchée les liquides intra-péritonéaux vers les coupoles (courants ascendants) et vers le Douglas (courants descendants) grâce à la pompe hépato-diaphragmatique.

Secondairement, après une phase d'hyper sécrétion et d'hyper absorption (22), il se produit un dépôt fibrineux rapidement, extrêmement adhérent pendant plusieurs jours, qui a un rôle néfaste de réservoir de germes et de cloisonnements constituant alors les trajets préférentiels pour les liquides de lavage (qui n'ont plus alors leur fonction de lavage sur un magma d'anses grêles accolées emprisonnant de multiples abcès). Le dépôt est moins adhérent au bout de quelques jours permettant "l'épluchage" et le nettoyage des anses intestinales (5).

Nous pensons donc que les facteurs mécaniques (trajets préférentiels) et les fonctions d'échanges du péritoine, altérés, vont développer des facteurs de pérennisation du phénomène infectieux. NEIDHARDT parle très justement de maladie autonome du péritoine (29).

COMTE introduit dans sa thèse (5) la notion de "sepsis viscéral" pour expliquer la généralisation de la péritonite, il se fonde sur la notion "qu'un viscère paraîssant sain macroscopiquement au cours d'une réintervention pour péritonite présente des lésions microscopiques importantes : panpariétite digestive, infectieuse et nécrosante dont l'origine est chimique et infectieuse à partir d'un point de départ (origine de la péritonite)". Cette lésion anatomique explique que l'irrigation lavage ne peut arrêter une péritonite post-opératoire, le liquide ne lavant que "la partie visible de l'iceberg".

Tous ces éléments expliquent que le péritoine est difficile à drainer et à irriguer - 1,5 m2 de surface à irriguer et à drainer complètement alors que des chenaux préférentiels vont limiter la diffusion des liquides.

3

CLINIQUE

CHAPITRE III : DONNÉES CLINIQUES

I - SIGNES GENERAUX (schéma n° 13 page 155)

Par ordre de fréquence, nous trouvons :

1) LA FIEVRE

C'est le signe le plus fréquent, sur 55 cas connus, nous l'avons trouvée anormale 50 fois (91 % des cas connus) et 5 fois normale (malgré 5 normothermies, 3 décès parmi ces malades). Nous avons 3 hypotermies (3 décès) inférieures à 36°5 C et 47 hyperthermies supérieures à 38°5 C. ROUSSON avait proportionnellement moins de malades hyperthermiques (76 %) et plus de normothermiques. Le plus souvent c'est une fièvre oscillante avec quelques clochers fébriles (supérieurs à 40° C). La température a été déterminante pour le diagnostic de la péritonite post-opératoire pour 5 cas seulement.

2) L'INSUFFISANCE RENALE

Très fréquente dans notre série. Nous avons 49 cas d'insuffisance rénale (79 %) traduisant un état septique sévère (et non pas une toxicité rénale des antibiotiques). Dans un seul cas, l'insuffisance rénale était réellement la conséquence d'un traitement à la Gentalline. ROUSSON avait 50 % d'insuffisance rénale.

33 malades étaient oligo-anuriques avec 85 % de décès (28 décès). Sur ces 33 malades, 12 seront hémodialysés, 6 vont décèder avant l'épuration extra-rénale, 8 vont réagir au traitement (Lasilix, Dopamine et Soludactone parfois) et 6 auront une reprise de la diurèse en post-opératoire immédiat, ce qui confirme l'origine septique de l'insuffisance rénale. Pour seulement un cas, nous n'avons pu déterminer pourquoi il n'avait pas été épuré.

Sur les 49 insuffisances rénales, nous avons 16 insuffisances rénales à diurèse conservée. 10 vont décéder (62 %). Le pronostic est donc meilleur que dans l'oligo-anurie. Pour 3 cas sur ces 16 malades, l'azotémie supérieure à 2 g/l nécessite l'épuration extra-rénale.

...

Nous remarquons que sur 49 insuffisances rénales il y a 15 cas d'hémodialysés (31 %) qui vont décéder.

Sur les 20 cas de guérison dans notre série de 62 cas, nous avons relevé 50 % d'insuffisance rénale (10 cas).

Sur les 42 décès, 39 ont une insuffisance rénale (93 %) dont 15 dialysés (38 %). Le pronostic de l'insuffisance rénale est donc catastrophique (76 % de décès).

Pour BOULETREAU (2) lorsque l'élévation de l'azotémie est rapide (1 g/j) l'urgence de la réintervention est grande.

3) CHOC SEPTIQUE

Il était présent dans 61 % des cas (37 cas). C'est un signe déterminant pour le diagnostic, pour la moitié des malades (30 cas) de la série, ceci témoignant de la gravité des malades.

La chute de tension va être constante, si le choc évolue depuis un certain temps, avec insuffisance circulatoire et défaillance cardiaque (rôle des toxines microbiennes ?).

Il faut rapidement éliminer les causes simples possibles de déséquilibre hémodynamique (perfusions insuffisantes, infections urinaires ou pulmonaires...) pour justifier une réintervention pour suppuration profonde.

4) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

Très fréquente : 46 cas (74 %). Elle va nécessiter une ventilation assistée 45 fois (72,6 %). ROUSSON avait 39 % de troubles respiratoires avec seulement 25 % de ventilation assistée.

Il faut noter que ce signe n'a jamais déterminé une reprise chirurgicale. Le tiers des malades présente une suppuration pulmonaire (21 cas) au cours de son hospitalisation, 71 % de décès parmi ces malades.

5) L'ICTERE

Nous l'avons noté 19 fois. Ce signe a été déterminant 1 fois seulement pour le diagnostic de la péritonite post-opératoire. Son origine est complexe et

...

discutée.

Pour ERLINGER (9), l'ictère intervient par cholestase avec une infiltration inflammatoire portale à polynucléaires sans signe de nécrose hépato-cellulaire. La cholestase pourrait être due à la production par les bactéries d'agents endotoxines interférant avec la fonction excrétrice du foie, il n'y a pas de signe d'insuffisance hépato-cellulaire.

Comme BAROIS (1), nous nous sommes aperçus que l'évolution de l'ictère était parallèle à celle de l'état infectieux. L'ictère n'a pas d'influence sur l'évolution de la maladie.

Une cholécystopathie de choc a été trouvée dans 2 cas (12 et 15) mais n'était pas à l'origine de la péritonite post-opératoire.

6) SIGNES CARDIAQUES

En général ces malades ont une tachycardie. Nous avons relevé d'autres signes cardiaques très divers :

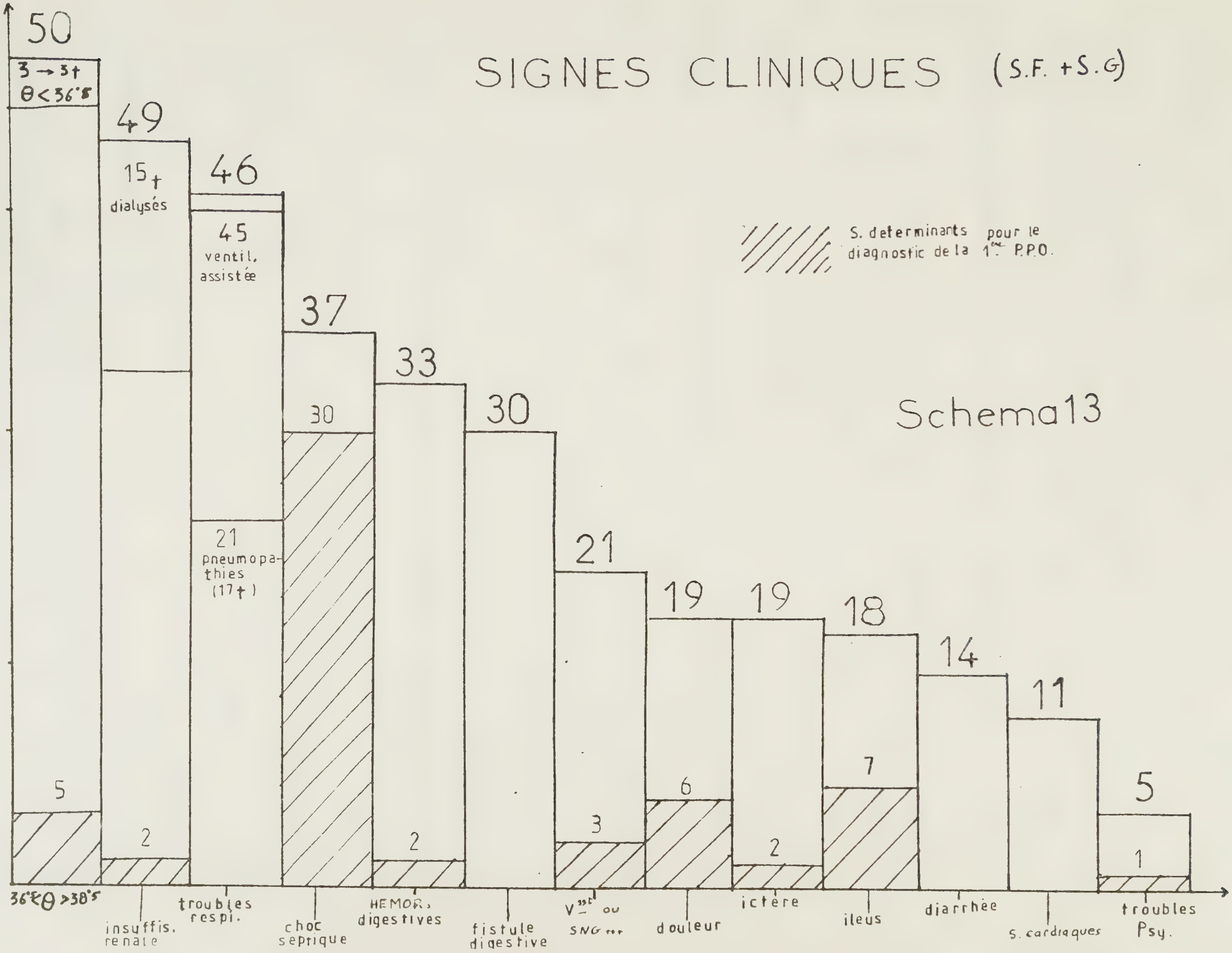
3 arrêts cardiaques (à 3 reprises chez 2 malades),
3 tachycardies paroxystiques,
2 tachycardies ventriculaires,
2 signes d'ischémie myocardique pendant l'hospitalisation,
1 Flutter,
1 tachycardie supra-ventriculaire,
1 choc cardiogénique avec incompétence myocardique.

Ces troubles cardiaques aggravent fortement le pronostic s'ils ne sont pas traités à temps. Tous ces malades étaient en réanimation sous surveillance continue, les traitements ont donc été mis en route immédiatement.

7) SIGNES PSYCHIQUES

Nous n'avons trouvé que 5 cas d'agitation (une seule fois déterminante pour le diagnostic). Les troubles de conscience sont certainement beaucoup plus fréquents mais ne sont pas notés systématiquement.

...



SIGNES CLINIQUES (S.F. +S.G)
S. determinants pour le diagnostic de la 1ère P.P.O.
Schema13
50
3 → 3+
θ<36°5
5
36°<θ>38°5
49
15+
dialysés
2
insuffis. renale
46
45
ventil. assistée
21
pneumopathies
(17+)
troubles respi.
37
30
choc septique
33
2
HEMOR. digestives
30
fistule digestive
21
3
Vte ou SNG ++
19
6
douleur
19
2
ictère
18
7
ileus
14
diarrhée
11
S. cardiaques
5
1
troubles Psy.

II - SIGNES FONCTIONNELS (schéma n° 13 page 155)

1) DOULEUR

Rencontrée dans 19 cas, 6 fois déterminante pour le diagnostic. C'est un signe banal chez un opéré récent. Chez les malades dont les troubles de la conscience sont importants, ce signe ne peut orienter le diagnostic.

2) LES VOMISSEMENTS ET L'HYPERSECRETION PAR LA SONDE GASTRIQUE

Nous les avons notés (supérieurs à 1 l/j) 21 fois (34 % des cas) ; 3 fois ce signe a amené la reprise. GUIVARCH (17) retrouve ce signe dans 30 % des cas. ROUSSON (35) ne l'avait noté que dans 19 % des cas.

3) L'ARRET DES MATIERES ET DES GAZS

L'arrêt total du transit est retrouvé 18 fois (29 %), il est à l'origine de la reprise chirurgicale dans 7 cas.

Il faut se méfier de la reprise du transit, trompeuse, sous forme de diarrhée.

4) LA DIARRHEE

Notée 14 fois, elle n'amène jamais la reprise. Pour ROUSSON (35) l'arrêt secondaire du transit après diarrhée est évocateur de péritonite post-opératoire.

La diarrhée afécale est fréquente, nous pensons que ce signe devrait être pris en considération comme signe de sepsis profond avec en particulier l'étude du débit cellulaire diarrhéique par minute proposé par LEVY et LOYGUE : en cas de désunion anastomique, sa fiabilité est de 100 % (BRUN, 4) et sa technique est simple.

5) HEMORRAGIES DIGESTIVES

Les hémorragies digestives sous forme d'hématémèses ou de méléna sont très fréquentes dans notre série puisque nous avons pu retrouver 33 cas ce qui représente quand même 53 % des malades. Nous ne pouvons pas affirmer que tous ces malades avaient des ulcères de stress, nous avons retrouvé 16 malades qui avaient

...

un ulcère de stress vérifié en gastroscopie et en per-opératoire et 2 malades chez qui l'ulcère de stress était plus que probable mais n'a pu être vérifié anatomiquement. Nous retrouverons donc 18 cas d'hémorragie du stress ce qui représente 29 % de notre série. Ceci pose le problème de la prévention de l'ulcère de stress en réanimation post-opératoire, notre impression étant que la Cimétidine n'a pas l'efficacité attendue (nous reviendrons sur ce problème dans le chapitre du Traitement).

6) FISTULE DIGESTIVE

Nous avons recherché sur les 62 malades ceux qui ont présenté une fistule digestive qui n'était pas forcément à l'origine de la péritonite.

Nous avons noté 30 fistules et en reprenant ces fistules par rapport à la chirurgie digestive nous trouvons sur 45 cas de chirurgie digestive, 29 fistules (64 %).

III - GROUPEMENTS SYMPTOMATIQUES (schéma n°14 page 158)

Nous avons donc repris comme ROUSSON (35) les quatre symptômes les plus fréquents en cas de sepsis péritonéal : le choc, l'insuffisance rénale, la température et l'ictère.

1) CHOC ET INSUFFISANCE RENALE

Comme dans la série de ROUSSON, qui notait ce groupement dans 19 % des cas, nous le notons dans 40 % des cas soit, 25 fois (84 % vont décéder : 21 cas), 22 fois avec hyper ou hypotermie dont 20 décès, 3 fois sans température dont 1 décès.

2) CHOC + ICTERE + INSUFFISANCE RENALE

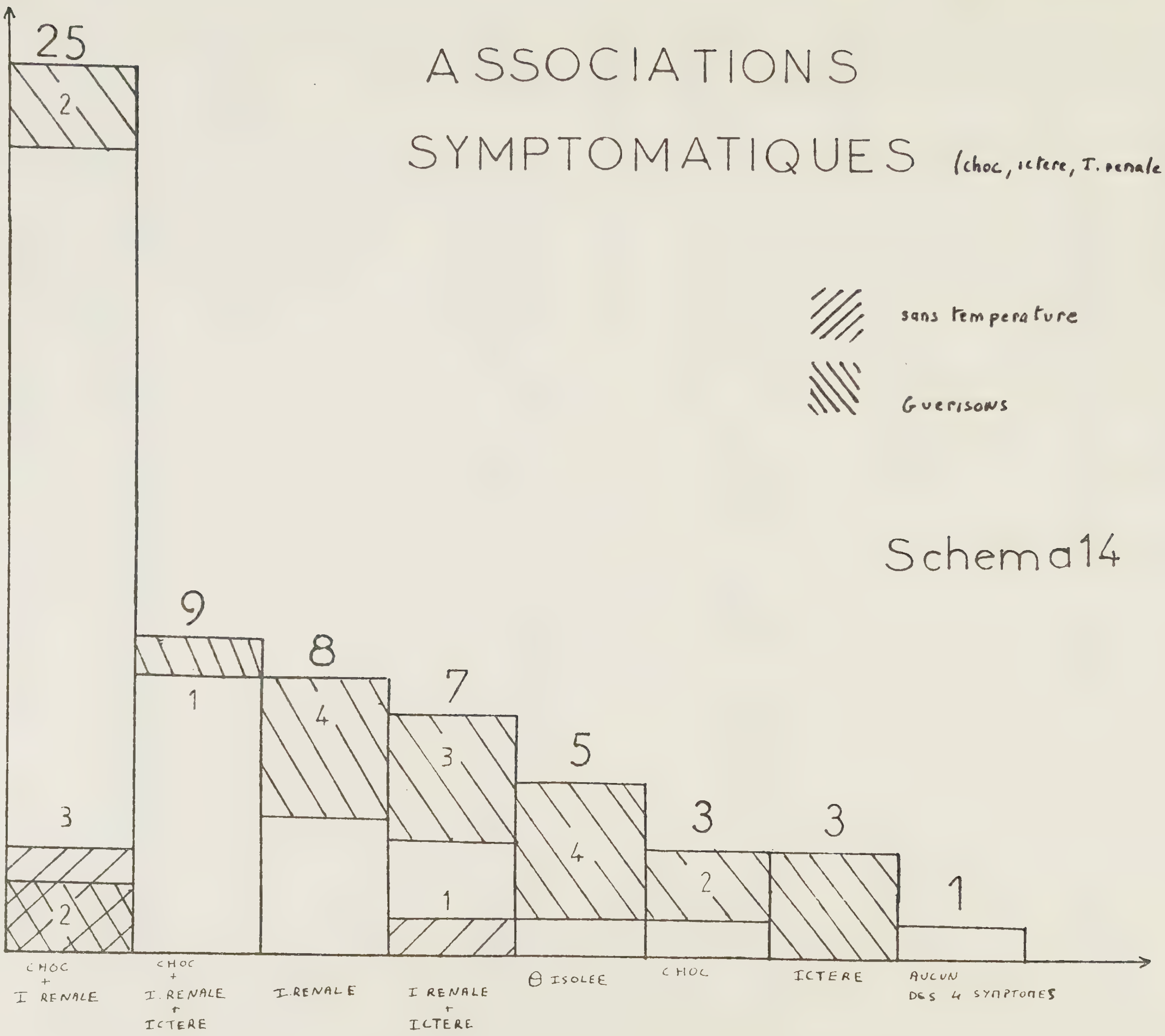
Il s'agit d'un groupement symptômatique au pronostic sévère : 90 % de décès. Nous le trouvons 9 fois avec hyperthermie pour l'ensemble des cas (8 décès).

3) INSUFFISANCE RENALE ISOLEE

L'insuffisance rénale isolée, donc sans ictère ni choc est rencontrée 8 fois avec hyperthermie sur l'ensemble des cas avec 4 décès seulement.

...

ASSOCIATIONS SYMPTOMATIQUES (choc, ictere, I. renale, temperature)



Schema14

4) INSUFFISANCE RENALE + ICTERE

Elle est notée 7 fois (4 décès) dont 6 fois avec température (3 décès) et 1 fois sans température (1 décès).

5) TEMPERATURE ISOLEE

La température isolée donc sans choc, ictère et insuffisance rénale est notée 5 fois (1 décès).

6) CHOC ISOLE

Il est noté 3 fois avec hyperthermie (1 décès).

7) ICTERE SEUL

C'est le signe qui a le meilleur pronostic. En effet, sur 3 cas d'ictères (avec hyperthermie) nous avons 3 guérisons. L'origine de l'ictère (page 153) explique ce résultat.

8) AUCUN DES 4 SYMPTOMES

Nous le notons 1 fois. Le manque d'information pour ce cas là est certain. En effet, ce malade est décédé ; son dossier mentionne une péritonite stercorale et une septicémie à pyocyanique.

9) CHOC + ICTERE

Nous n'avons pas de cas alors que ROUSSON en avait 7.

IV - SIGNES PHYSIQUES LOCAUX (schéma n°15 page 161)

Les signes traditionnels de péritonite comme le "ventre de bois" sur un ventre déjà opéré sont exceptionnels aussi la décision de réintervenir se prend sur d'autres signes :

...

1) ECOULEMENT PAR LES DRAINS OU LA CICATRICE

Ce signe est présent dans 52 % des cas (32 cas) et a été déterminant pour le diagnostic 26 fois (43 % des cas).

L'écoulement noté était de plusieurs types :

. Ecoulement purulent..............	14 fois,	9 décès
. Ecoulement digestif..............	12 fois,	11 décès
- fécaloïde.....................	6 fois,	5 décès
- digestif haut.................	5 fois,	5 décès
- bilieux.......................	1 fois,	1 décès
. Ecoulement fétide................	5 fois,	5 décès
. Ecoulement hémorragique..........	1 fois,	1 décès

Nous avons l'impression que l'écoulement par les drains ou la cicatrice est un signe de sepsis tardif (nous avons en effet, dans ce groupe de cas, 81 % de décès).

Comme ROUSSON, nous notons des cas de drains bouchés (5 fois), l'écoulement se produisant à l'ablation (ou dans les suites de celle-ci) du drainage.

2) DEFENSE ET CONTRACTURE

20 cas (32 %) et 20 fois déterminant pour le diagnostic :

16 fois nous trouvons une défense généralisée,
2 fois la défense est locale,
2 fois une contracture est notée.

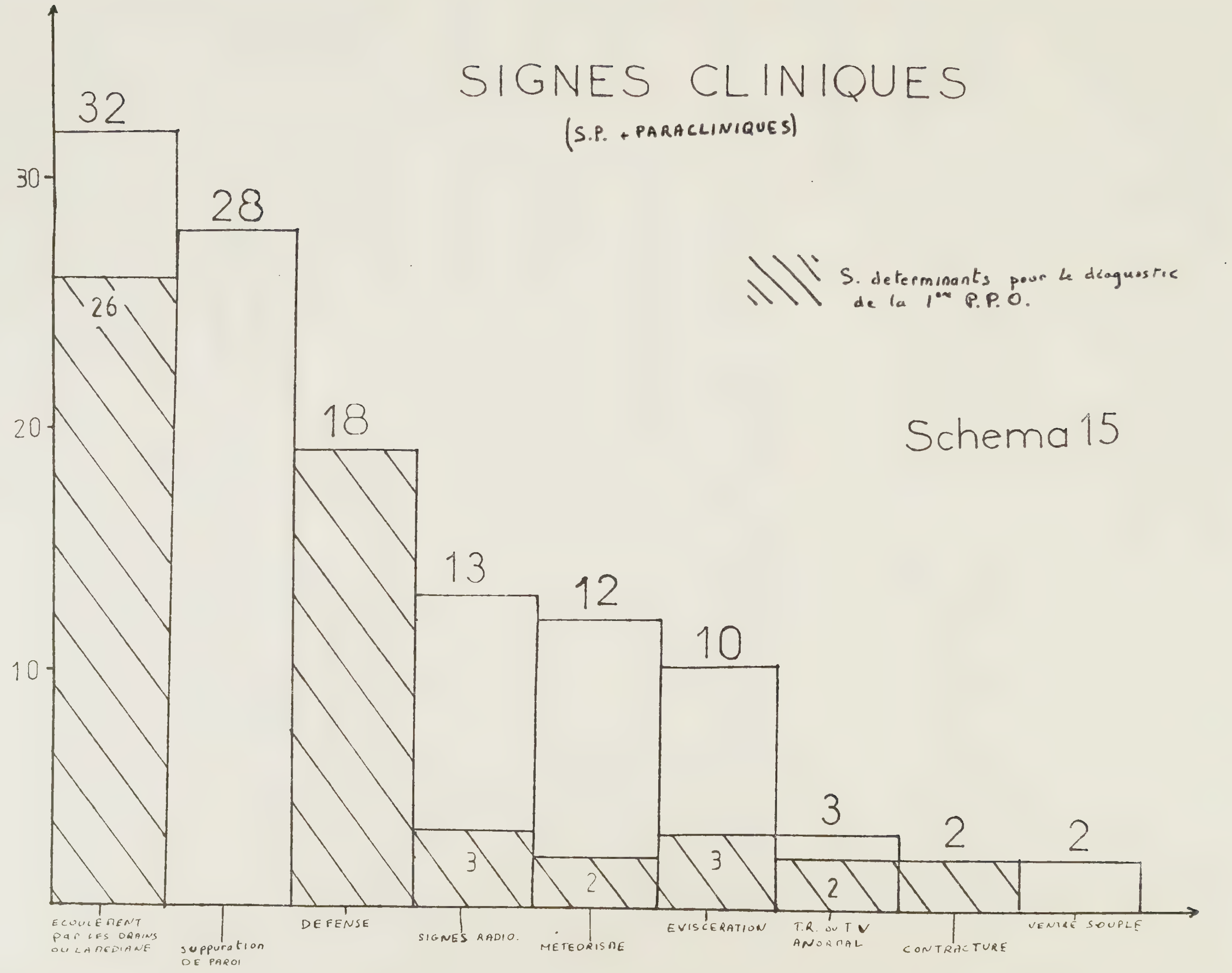
ROUSSON a beaucoup plus de cas de défense généralisée et localisée : 45 cas et 10 contractures (sur 80 cas).

La frontière entre contracture et défense est floue chez ces malades dont l'état général est mauvais, l'appréciation de la contracture dépend surtout du chirurgien qui examine le malade.

3) METEORISME ET DISTENSION ABDOMINALE

Le ventre souple mais distendu ou météorisé est rencontré dans 12 cas. Il n'a amené une reprise que dans 2 cas.

...


SIGNES CLINIQUES
(S.P. + PARACLINIQUES)
S. determinants pour le diagnostic de la 1ère P.P.O.
Schema 15
30
20
10
32
26
28
18
13
3
12
2
10
3
3
2
2
2
ECOULEMENT PAR LES DRAINS OU LA MEDIANE
suppuration DE PAROI
DEFENSE
SIGNES RADIO.
METEORISME
EVISCERATION
T.R. ou T V ANORMAL
CONTRACTURE
VENTRE SOUPLE

4) PROBLEMES DE PAROI

Les problèmes de paroi sont très fréquents :

. 28 fois (45 %) nous avons noté un abcès ou une suppuration de paroi mise en évidence au cours de la réintervention, le plus souvent. La coeliotomie à travers une paroi purulente paraît fréquente lors des réinterventions pour péritonite, la contamination pariétale se faisant à partir du sepsis intra-abdominal.

. 10 fois nous avons noté une éviscération et 3 fois celle-ci a amené une réintervention. Elle devrait être plus systématique dans ce cas-là, BRUN (4) d'ailleurs, pense que l'éviscération en chirurgie digestive est rarement pure et doit faire rechercher une désunion anastomotique.

5) AUTRES SIGNES

Un ventre souple : avec transit conservé (sous forme de diarrhée) est retrouvé 2 fois dans la série bien qu'il existe une péritonite sous-jacente.

Un toucher rectal douloureux : (3 fois) n'a amené la reprise chirurgicale que 2 fois.

V - EXAMENS PARACLINIQUES (schéma n°15 page 161)

1) LA PONCTION PERITONEALE

Elle n'a jamais été pratiquée dans notre série pour le diagnostic de la péritonite post-opératoire. Cet examen nous semble inutile, en effet, si cette ponction ne ramène rien, elle peut retarder le diagnostic, la péritonite sous-jacente continuant d'évoluer ; si cette ponction ramène un liquide (purulent ou autre) cela rentre dans le cadre de péritonite évoluant depuis un certain temps et d'autres symptômes permettent de faire le diagnostic.

...

2) SIGNES RADIOLOGIQUES : *13 cas (3 fois déterminant pour le diagnostic)*

a) L'abdomen sans préparation

Il a montré :

4 fois des niveaux liquides (2 fois déterminant pour le diagnostic),
2 fois la radio a montré une grisaille diffuse,
1 fois il ne montre rien malgré la péritonite sous-jacente.

b) Transit digestif à la gastrografine

Il a été pratiqué à 6 reprises et n'a amené la reprise chirurgicale qu'une seule fois mais le malade est décédé avant.

Il a montré :

. un transit lent non significatif alors qu'il existait une péritonite sous-jacente.
. une fistule complexe du transverse.
. aucune lésion dans les 3 cas.

Les examens radiologiques ne sont pas assez fiables pour faire un diagnostic précoce et sûr.

3) L'ECHOTOMOGRAPHIE

Elle apparaît également peu fiable sur un ventre déjà opéré. 7 malades ont eu une échographie abdominale, l'échographie a fait 4 erreurs de diagnostic :

. N'a pas fait le diagnostic d'un abcès sous-phrénique gauche alors que le Scanner a permis de faire le diagnostic.
. N'a pas fait le diagnostic de collection liquidienne de la queue du pancréas alors que le Scanner l'avait montrée24 heures plus tôt.
. A fait le diagnostic dans 2 cas de collections intra-abdominables multiples (dont une de plus de 12 cm de long) alors que la vérification abdominale per-opératoire a été négative dans les 2 cas.

L'échographie a montré une seule fois un abcès retrouvé chirurgicalement.

...

4) LE SCANNER ABDOMINAL

Il s'agit d'un examen fiable qui permet de résoudre quelques problèmes difficiles. Pratiqué à 5 reprises, il n'a donné ni faux-négatif ni faux-positif et 3 diagnostics positifs amèneront la reprise pour des collections liquidiennes intra-abdominales retrouvées à l'intervention.

VI - EXAMENS BIOLOGIQUES

Les examens biologiques permettent de faire un pronostic de la maladie et d'évaluer le degré de gravité chez certains malades, en particulier l'azotémie et la créatininémie.

1) AZOTEMIE *(schéma n°16 page 165)*

Elle est supérieure à 0,50 g/l dans 53 cas sur 61 connus. Lorsque l'urémie est inférieure à 0,50 g/l, le pourcentage de guérison est de 88 %. L'urémie supérieure à 2 g/l a un pronostic sombre, 93 % de décès et nous avons 27 cas d'azotémie supérieure à 2 g/l (ROUSSON n'avait que 15 cas mais 100 % de décès à ce taux d'urée). Nous rappelons que l'élévation rapide de l'azotémie traduit le plus souvent une suppuration profonde.

2) CREATININE SANGUINE *(schéma n°17 page 165)*

Le parallélisme entre la créatininémie et le pronostic est encore plus net que pour l'urée. Sur 52 cas connus :

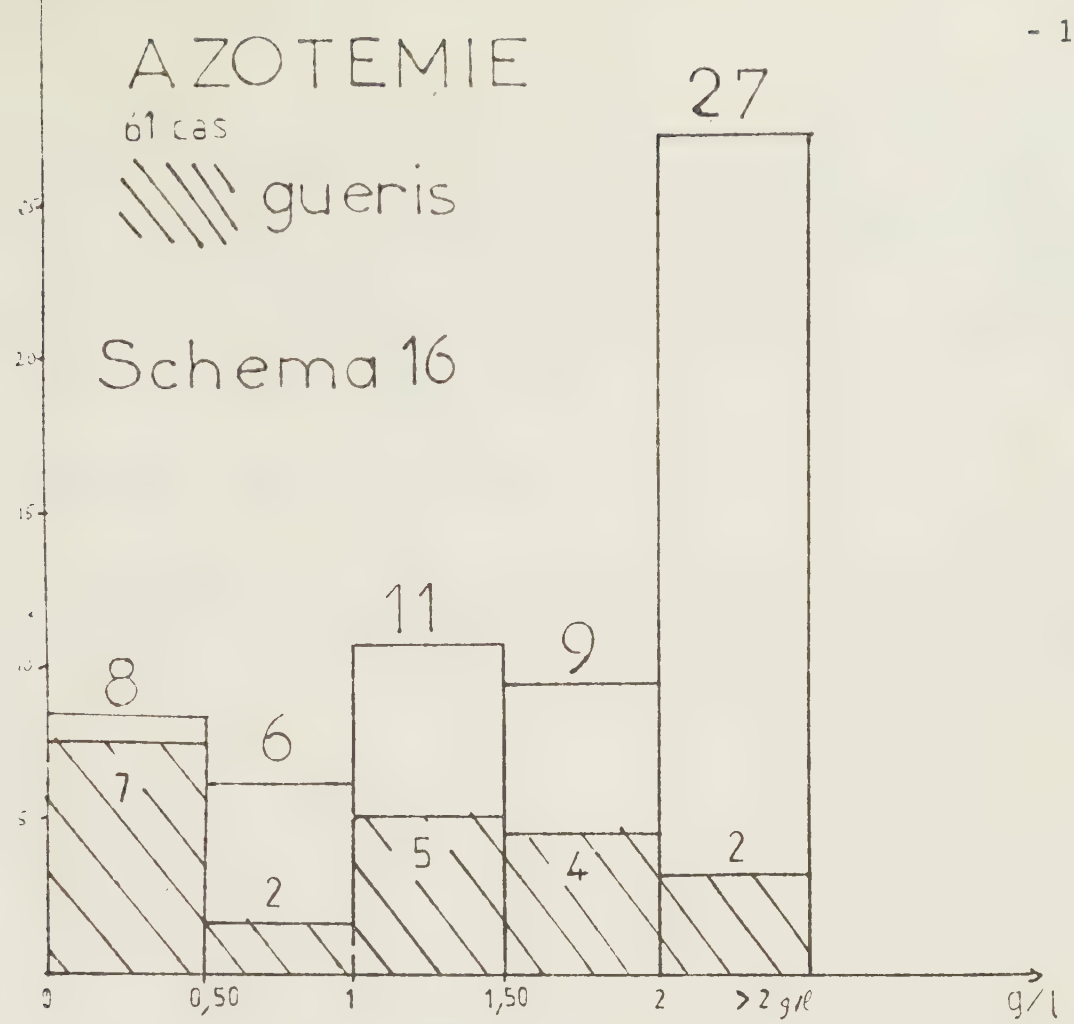
. Créatinine sanguine inférieure à 12 mg/l : 75 % de guérison
. Créatinine sanguine entre 12 et 30 mg/l : 56 % de guérison
. Créatinine sanguine entre 30 et 50 mg/l : 20 % de guérison
. Créatinine sanguine entre 50 et 70 mg/l : 10 % de guérison
. Créatinine sanguine supérieure à 70 mg/l : pas de guérison

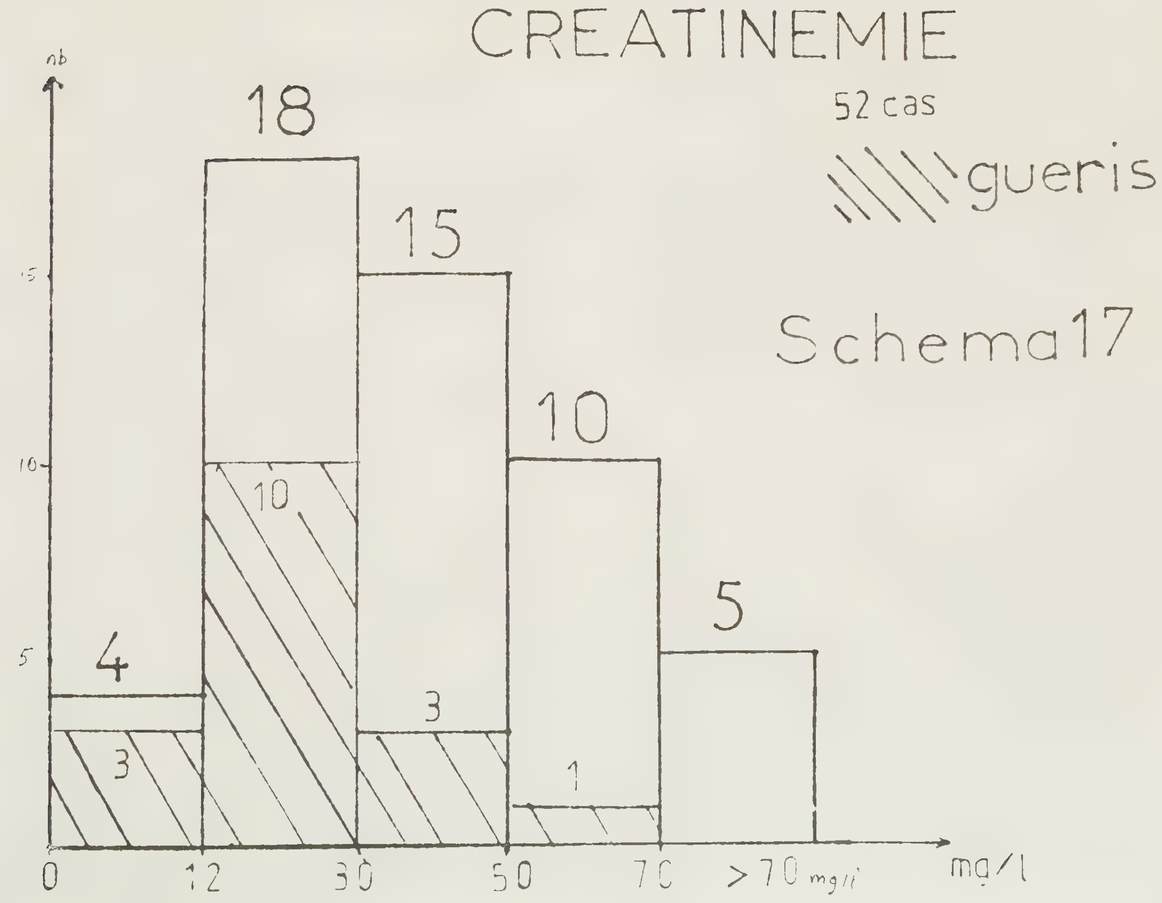
Nous avons 82 % de décès dans la population qui a une créatinine supérieure à 30 mg/l.

3) L'EQUILIBRE ACIDO-BASIQUE *(schéma n°18 page 167)*

L'acidose métabolique est fréquente (pH inférieur à 7,35), 32 cas (60 %) sur 53 cas connus avec 84 % de décès (5 cas).

...


AZOTEMIE
61 cas
gueris
Schema 16
27
11
9
8
6
7
2
5
4
2
0
0,50
1
1,50
2
> 2 g/l
g/l


CREATINEMIE
52 cas
gueris
Schema 17
nb
18
15
10
4
5
10
3
3
1
0
12
30
50
70
> 70 mg/l
mg/l

L'alcalose se rencontre dans 21 % des cas (11 cas), elle s'explique par la polypnée réactionnelle à l'acidose qui au début parvient à compenser celle-ci, lorsque l'hyperventilation est trop importante le sujet est en alcalose ; mais secondairement l'insuffisance respiratoire ne compense plus et l'acidose prédomine à nouveau si les phénomènes septiques se pérennisent. Le pH est normal dans 10 cas avec 30 % de décès.

4) LA POLYNUCLEOSE *(schéma n°20 page 167)*

Très variable, influence peu le pronostic, sauf la neutropénie. Nous avons 5 malades qui sont morts avec moins de 5 000 globules blancs/mm3. Sur 57 cas connus, 38 malades ont plus de 20 000 globules blancs (58 000 chez une malade qui a guéri).

5) TAUX DE PROTHROMBINE *(schéma n°19 page 167)*

Sur 52 cas connus :

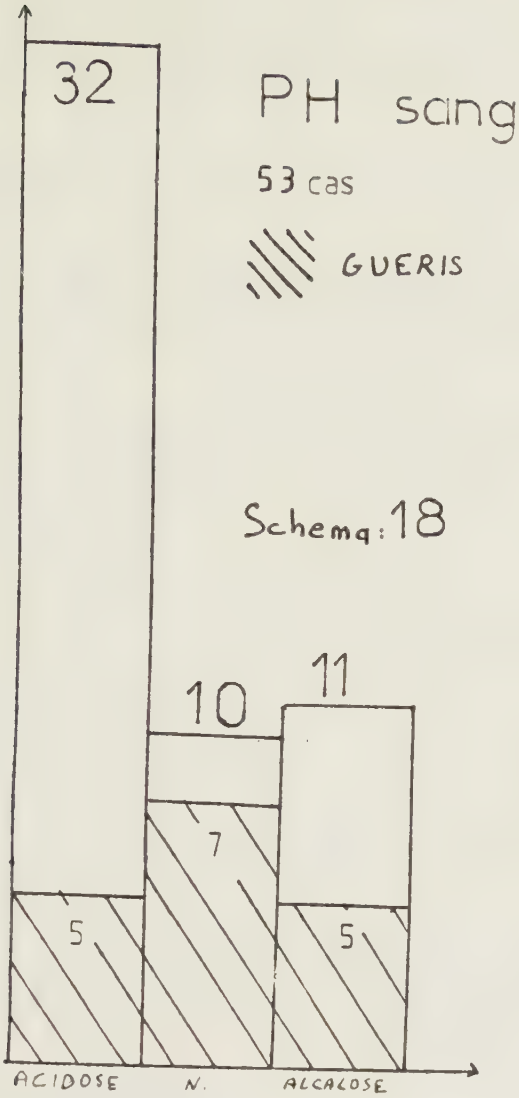
9 fois supérieur à 60 % (5 décès)
39 fois, le taux était compris entre 40 et 60 % (27 décès : 69 %)
4 fois, le taux est inférieur à 40 % (3 décès).

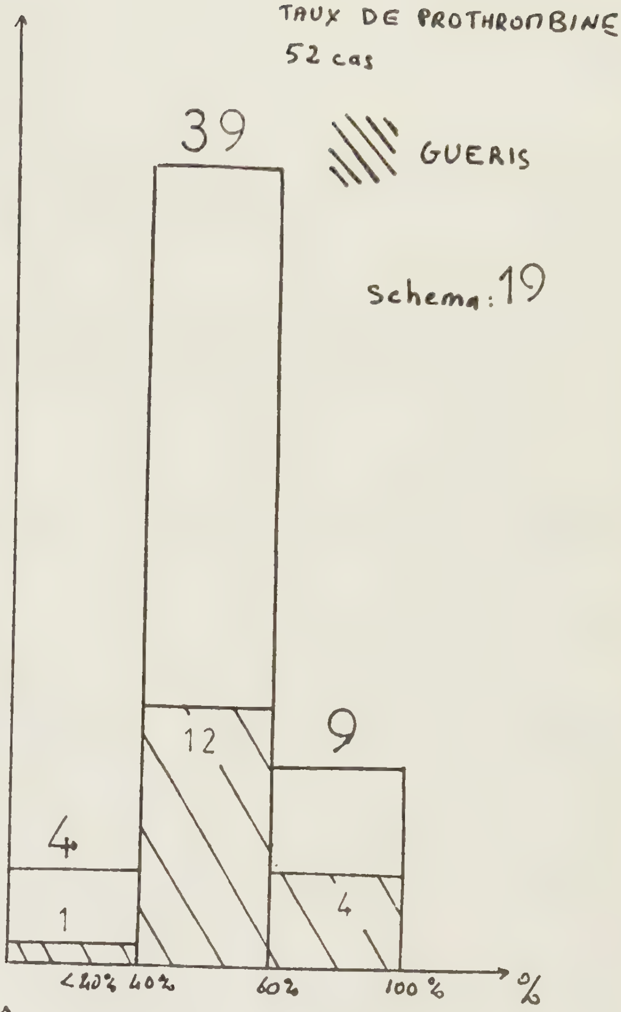
6) LA GLYCEMIE *(schéma n°21 page 167)*

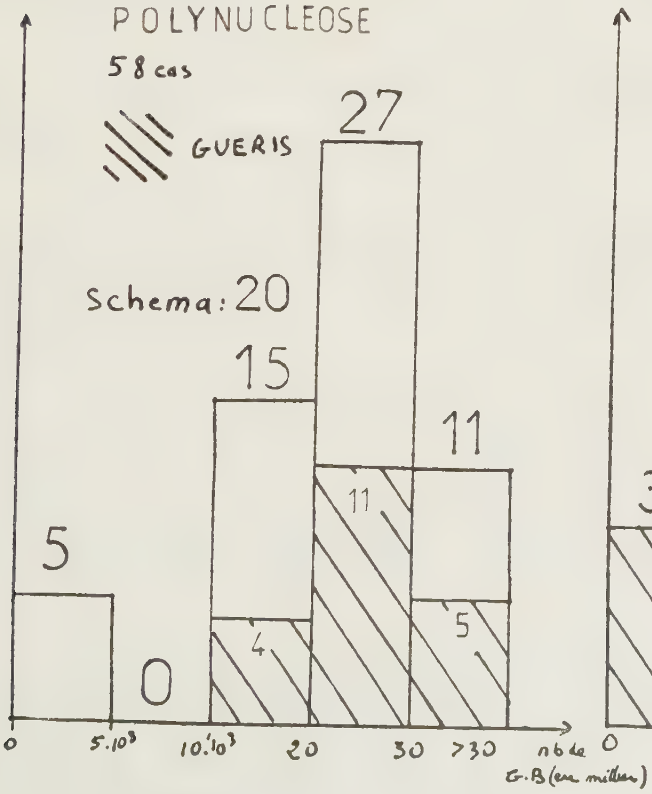
L'intolérance au sucre est fréquente chez ces malades, elle fait partie du syndrome de stress que présentent ces opérés. BOULETREAU (3) a étudié ce phénomène de l'intolérance glucidique au cours du stress, qui est sous la dépendance au début de la relation adrénergique avec hypersécrétion de catécholamines (diminue l'insulino-sécrétion) puis de l'augmentation des taux de corticostéroïdes, de glucagon et d'insuline.

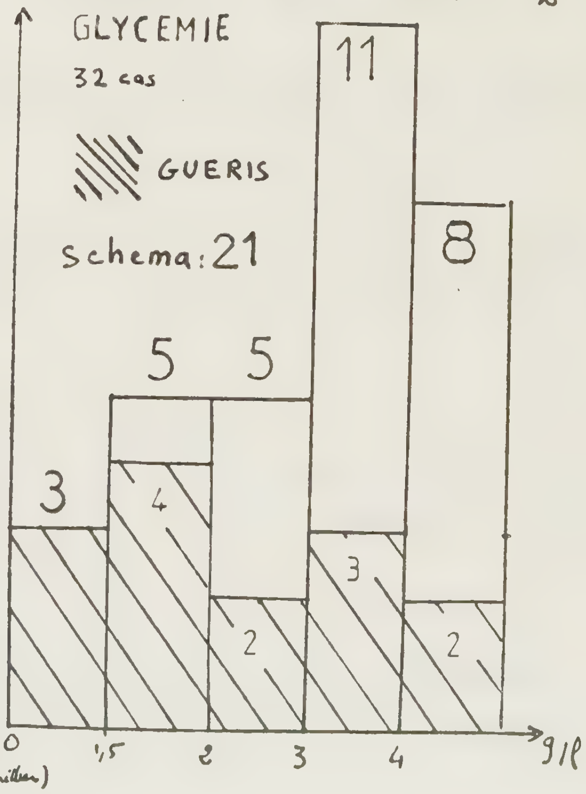
Il existe : des modifications de l'oxydation périphérique du glucose (dansle sens d'1 augmentation), un déficit absolu ou relatif (par rapport au taux de la glycémie) de l'insulinémie, une insulino-résistance (diminution de la réponse et de la sensibilité à l'insuline) et enfin il existe une augmentation de l'apport glucosé endogène (par hypercatabolisme protéïque : protéolyse post-agressive). Les schémas thérapeutiques vont de l'alimentation hyperglucidique avec apport massif d'insuline (pour essayer de diminuer la protéolyse) à l'absence totale d'apport glucidique avec apport d'acides aminés (pour freiner l'hypercatabolisme protéïque.

...


PH sang
53 cas
GUERIS
Schema: 18
32
10
11
5
7
5
ACIDOSE
N.
ALCALOSE


TAUX DE PROTHROMBINE
52 cas
GUERIS
Schema: 19
39
4
12
9
1
4
<40% 40%
60%
100 %
%


POLYNUCLEOSE
58 cas
GUERIS
Schema: 20
27
15
11
5
0
11
4
5
0
5.10³
10.10³
20
30
>30
nb de G.B (en milliers)


GLYCEMIE
32 cas
GUERIS
Schema: 21
11
8
5
5
3
4
3
2
2
0
1,5
2
3
4
g/l

Sur 32 cas connus, 19 (soit 60 %) ont une glycémie supérieure à 3 g/l, dont 14 décès, soit 74 %. Les glycémies vont jusqu'à 9 g/l alors que ces malades ne sont pas diabétiques au départ.

7) BILIRUBINE *(schéma n°22 et 23 page 169)*

La bilirubine totale est supérieure à 30 mg/l dans 60 % des cas. Nous avons 94 % de décès lorsqu'elle est supérieure à 60 mg/l.

La bilirubine directe (non conjuguée) est supérieure à 10 mg/l dans 63 % des cas. Nous avons 91 % de décès chez les malades qui ont un taux supérieur à 30 mg/l.

Donc, à partir d'un certain taux de bilirubine, le pronostic est sévère.

8) *TRANSAMINASES (schéma n°24 et 25 page 170)*

SGOT : 30 fois sur 43 cas, elles sont supérieures à 25 UI/litre. Pas de survie pour les cas supérieurs à 200 UI/litre.

SGPT : 20 fois sur 43 cas, elles sont supérieures à 25 UI/litre. Aucun cas de guérison avec un taux supérieur à 100 UI/litre.

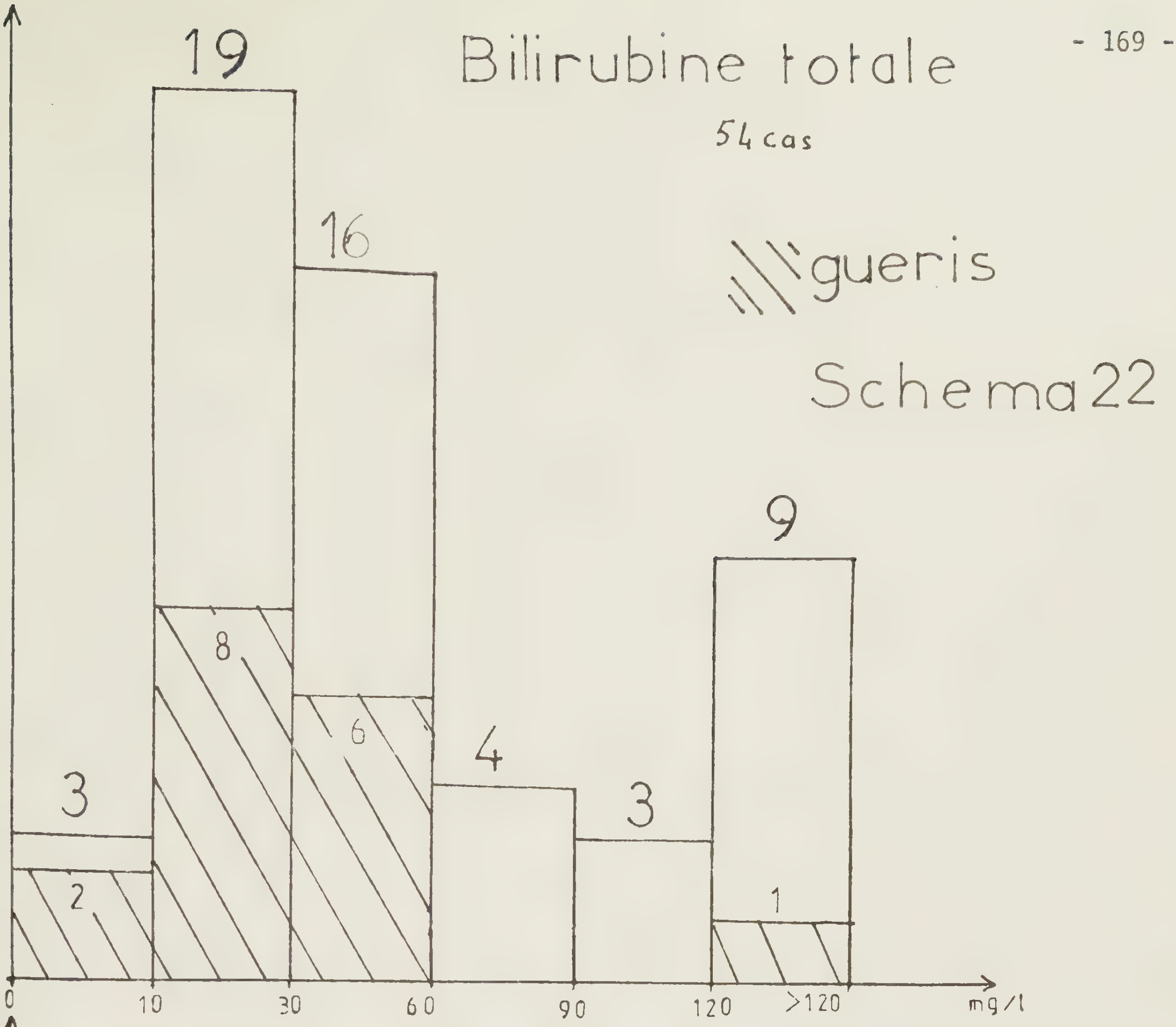
9) *AUTRES FACTEURS*

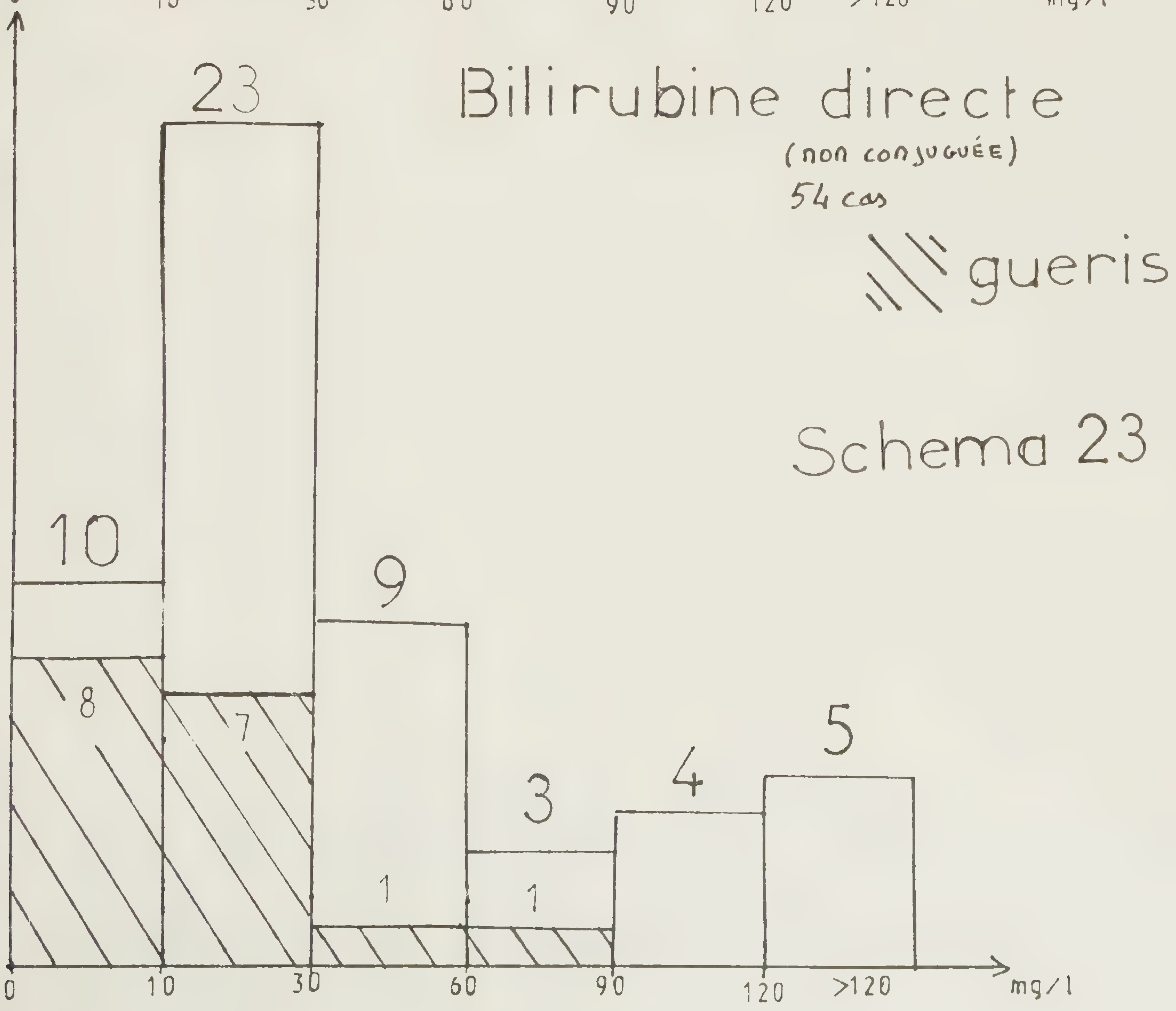
EISELE (8) constate souvent une hypophosphatémie (nous n'avons pu la vérifier).

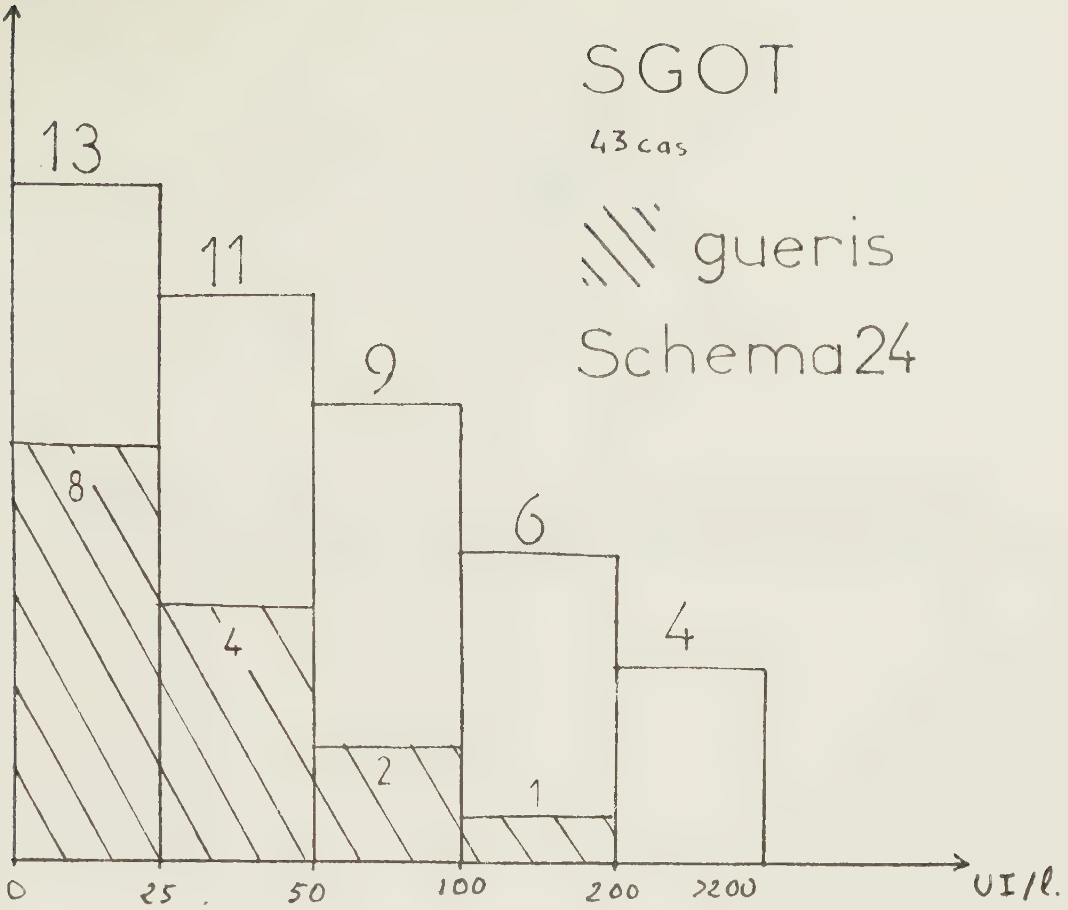
L'hypochloronatrémie et l'hypokaliémie sont fréquentes mais facilement corrigeables lorsque les malades sont perfusés. L'hyperkaliémie menaçante est une indication d'hémodialyse.

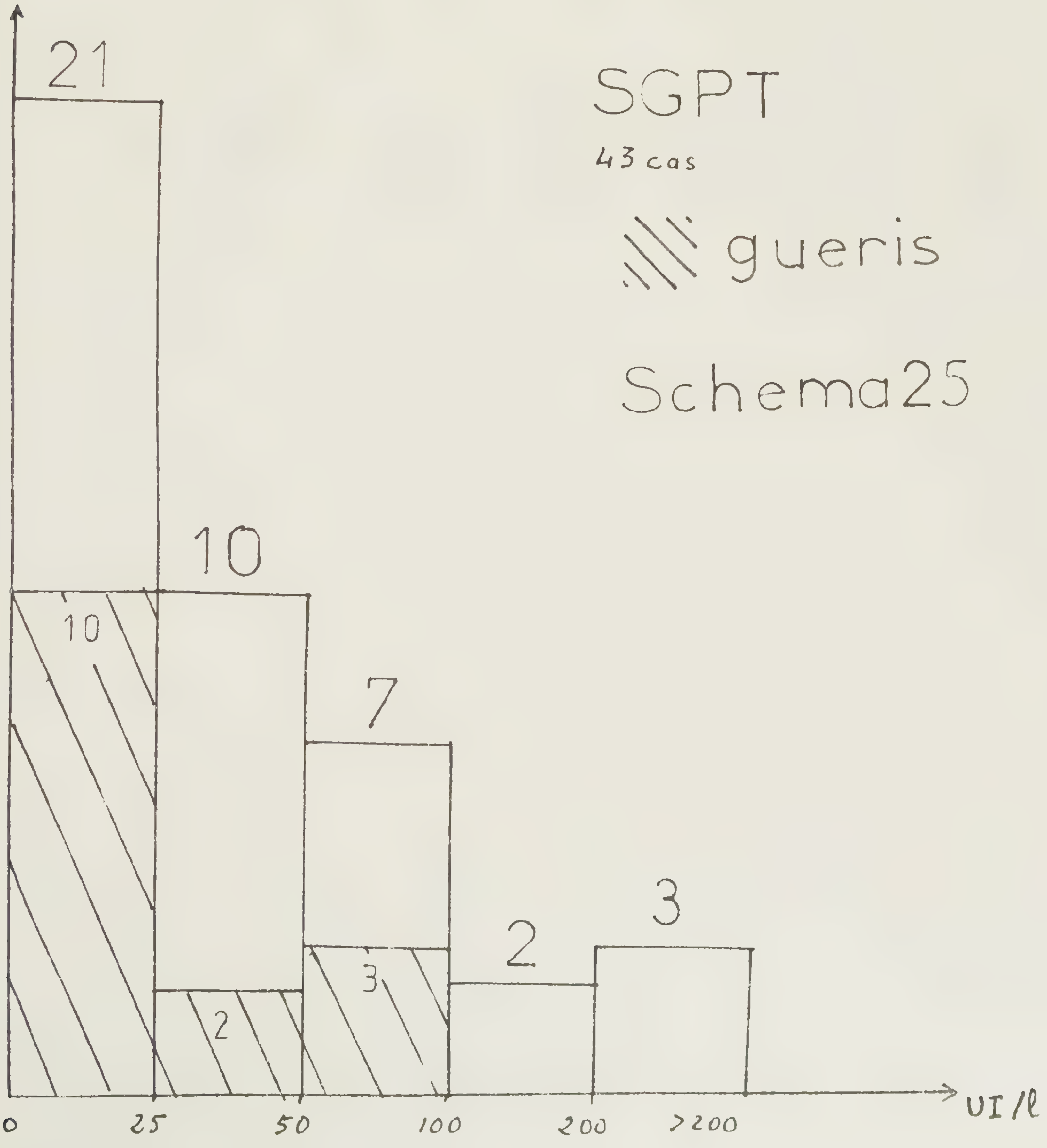
L'augmentation des α 1 et α 2 et gamma-globulines ne se rencontre pas chez tous les malades, quand elles sont élevées à l'électrophorèse des protéines, les taux ne sont pas explosifs par rapport à ce que l'on peut attendre chez des malades dont les phénomènes infectieux sont graves.

L'hypoprotidémie est très fréquente et s'explique par : l'hypercatabolisme protéique, la diminution de la synthèse protéique (5), l'irrigation péritonéale, les fausses membranes, le pus, les vomissements, la diarrhée afécale entraînent une déperdition protidique.


Bilirubine totale
54 cas
gueris
Schema 22
19
16
9
3
4
3
8
6
2
1
0
10
30
60
90
120
>120
mg/l


Bilirubine directe
(non conjuguée)
54 cas
gueris
Schema 23
23
10
9
3
4
5
8
7
1
1
0
10
30
60
90
120
>120
mg/l


SGOT
43 cas
gueris
Schema 24
13
11
9
6
4
8
4
2
1
0
25
50
100
200
>200
UI/l.


SGPT
43 cas
gueris
Schema 25
21
10
7
2
3
10
2
3
0
25
50
100
200
>200
UI/l

4

DIAGNOSTIC

DE LA P.P.O.

CHAPITRE IV : DIAGNOSTIC DE LA PÉRITONITE POST-OPÉRATOIRE

I - DIAGNOSTIC POSITIF

Le chirurgien ne doit pas attendre les signes traditionnels de péritonite pour prendre une décision chirurgicale, en effet, ce sont des signes tardifs (lorsqu'ils apparaissent) chez des malades déjà opérés et dont l'état général est mauvais et nécessite une réanimation intensive.

Pour EISELE (8) le diagnostic se fait sur l'hyperthermie avec hyperventilation, somnolence et hypotension ; donc bien peu de signes abdominaux ! GERMAIN (13) montre que le nombre de signes généraux augmente avec le nombre d'interventions : 52 % de signes généraux avant la réintervention et 85 % avant la 3ème réintervention. Pour GUIVARCH (17), les signes précoces sont des signes toxi-infectieux (température, choc, troubles respiratoires et neurologiques), le diagnostic et la réintervention doivent donc se faire sur ces signes et non pas sur des signes abdominaux. Pour HAU (18), le choc septique prédomine.

Nous allons à partir de notre série (sur 59 cas exploitables pour ce problème particulier) déterminer le premier signe anormal (à postériori) qui est apparu avec le délai du diagnostic en fonction de chaque signe, nous étudierons les décès en fonction de ces paramètres.

Dans notre série, le diagnostic positif de la 1ère péritonite post-opératoire a été fait sur :

. Association de signes abdominaux et extra-abdominaux : 33 fois,
. Sur des signes abdominaux isolés : 14 fois,
. Sur des signes physiques et biologiques : 13 fois,
. Signes extra-abdominaux : 2 fois,
. Des difficultés de réanimation avec perturbations biologiques : 0 fois.

II - PREMIER SIGNE ANORMAL (schéma n°*26 page 177*)

Par ordre de fréquence nous étudions le signe anormal en fonction du délai après l'intervention initiale et le délai du diagnostic :

...

1) COLLAPSUS : *17 fois (30 % des cas), 12 décès (70 % des cas)*

a) *Délai d'apparition* :

1er jour post-opératoire : 4 fois, 4 décès
2ème jour post-opératoire : 5 fois, 3 décès
3ème jour post-opératoire : 2 fois, 2 décès
5ème jour post-opératoire : 1 fois, 1 décès
6ème jour post-opératoire : 1 fois, 1 décès
7ème jour post-opératoire : 2 fois, 2 guérisons
8ème jour post-opératoire : 1 fois, 1 guérison
13ème jour post-opératoire : 1 fois, 1 décès

b) *Délai entre l'apparition du choc et le diagnostic*

1er jour : 6 fois, 2 décès (33 %)
2ème jour : 6 fois, 5 décès (83 %)
3ème jour : 2 fois, 2 décès
4ème jour : 2 fois, 2 décès
9ème jour : 1 fois, 1 décès

Lorsque le collapsus est le premier signe, il attire l'attention du réanimateur et du chirurgien puisque dans 70 % des cas le diagnostic a été fait dans les 48 heures. Mais nous voyons que la mortalité passe de 30 % (pour le 1er jour) à 83 % lorsque le diagnostic est fait le 2ème jour. Nous pouvons donc conclure :

Lorsque le collapsus est le 1er signe anormal chez un opéré, la réintervention doit se faire dans les 24 heures qui suivent, surtout si le choc est mal contrôlé par la thérapeutique et si aucune cause valable ne peut être retrouvée avant ce délai de 24 heures.

...

2) L'HYPERTHERMIE : *apparait 14 fois (24 % des cas), 11 décès (78,5 % des cas)*

a) Délai d'apparition :

2ème jour post-opératoire : 1 fois, 1 décès
3ème jour post-opératoire : 2 fois, 2 décès
4ème jour post-opératoire : 1 fois, 0 décès
6ème jour post-opératoire : 2 fois, 2 décès
7ème jour post-opératoire : 1 fois, 1 décès
8ème jour post-opératoire : 2 fois, 1 décès
11ème jour post-opératoire : 1 fois, 1 décès
14ème jour post-opératoire : 2 fois, 2 décès
16ème jour post-opératoire : 1 fois, 1 décès

b) Délai du diagnostic :

1er jour : 1 fois, guéri
2ème jour : 6 fois, 4 décès
3ème jour : 5 fois, 5 décès
4ème jour : 2 fois, 2 décès

La fièvre est un signe banal qui peut apparaître 16 jours après l'intervention et qui n'attire pas l'attention. 50 % des diagnostics sont faits les 2 premièrs jours. Le pronostic est sévère si le diagnostic n'est pas fait le 1er jour de son apparition.

3) L'OCCLUSION : *est le 1er signe anormal dans 8 cas (13 %) avec 3 décès (38 %)*

a) Délai d'apparition : extrèmement variable

3ème jour post-opératoire : 1 fois, guéri
4ème jour post-opératoire : 1 fois, mort
6ème jour post-opératoire : 2 fois, 2 guéris
7ème jour post-opératoire : 1 fois, guéri
8ème jour post-opératoire : 1 fois, mort
9ème jour post-opératoire : 1 fois, guéri
13ème jour post-opératoire : 1 fois, guéri

...

b) *Délai du diagnostic*

1er jour : 1 fois, guéri
2ème jour : 4 fois, 4 guérisons
3ème jour : 2 fois, 2 décès
10ème jour : 1 fois, décès

Il y a relativement peu de décès lorsque l'occlusion est le premier signe anormal parce qu'il attire l'attention sur un éventuel problème abdominal post-opératoire. Mais nous remarquons que le diagnostic a été fait dans les 2 premiers jours uniquement dans 63 % des cas. On peut voir qu'un diagnostic et une réintervention immédiate après l'apparition de l'occlusion améliorent le pronostic : 100 % de guérison pour les premières 48 heures mais 100 % de décès après le 2ème jour.

4) ECOULEMENT PAR LES DRAINS ET LA MEDIANE

L'écoulement par les drains et la médiane révélant une fistule digestive apparaît 6 fois en premier (10 %), 5 décès (83 %).

a) *Délai d'apparition : peut être tardif, 1 cas au 20ème jour post-opératoire*

2ème jour post-opératoire : 1 cas - décès
4ème jour post-opératoire : 1 cas - décès
6ème jour post-opératoire : 1 cas - décès
10ème jour post-opératoire : 1 cas - décès
11ème jour post-opératoire : 1 cas - guéri
20ème jour post-opératoire : 1 cas - décès

b) *Délai du diagnostic*

1er jour : 1 fois, décès
2ème jour : 2 fois, 1 décès
3ème jour : 2 fois, 2 décès
6ème jour : 1 fois, 1 décès

L'écoulement par les drains apparaît nettement comme un signe de péritonite post-opératoire évoluée. Le diagnostic est également trop tardif, on attend trop souvent d'autres signes en espérant que c'est une fistule organisée qui s'est extériorisée. Nous avons toujours 100 % de décès lorsque le délai du diagnostic est supérieur au 2ème jour.

...

5) HYPERSECRETION PAR LA SONDE GASTRIQUE : *4 fois en premier (7 %), 3 décès*

a) *Délai d'apparition*

1er jour post-opératoire : 1 décès
2ème jour post-opératoire : 1 décès
5ème jour post-opératoire : 1 décès
7ème jour post-opératoire : 1 guéri

b) *Délai du diagnostic*

2ème jour : 3 fois, 3 décès
3ème jour : 1 fois, guéri

Ce signe n'est pas assez pris en considération lorsqu'il intervient en premier chez un opéré.

6) DEFENSE : *3 fois (5 %), 2 décès*

a) *Délai d'apparition*

3ème jour post-opératoire : 1 fois, décès
5ème jour post-opératoire : 1 fois, guéri
7ème jour post-opératoire : 1 fois, décès

b) *Délai du diagnostic*

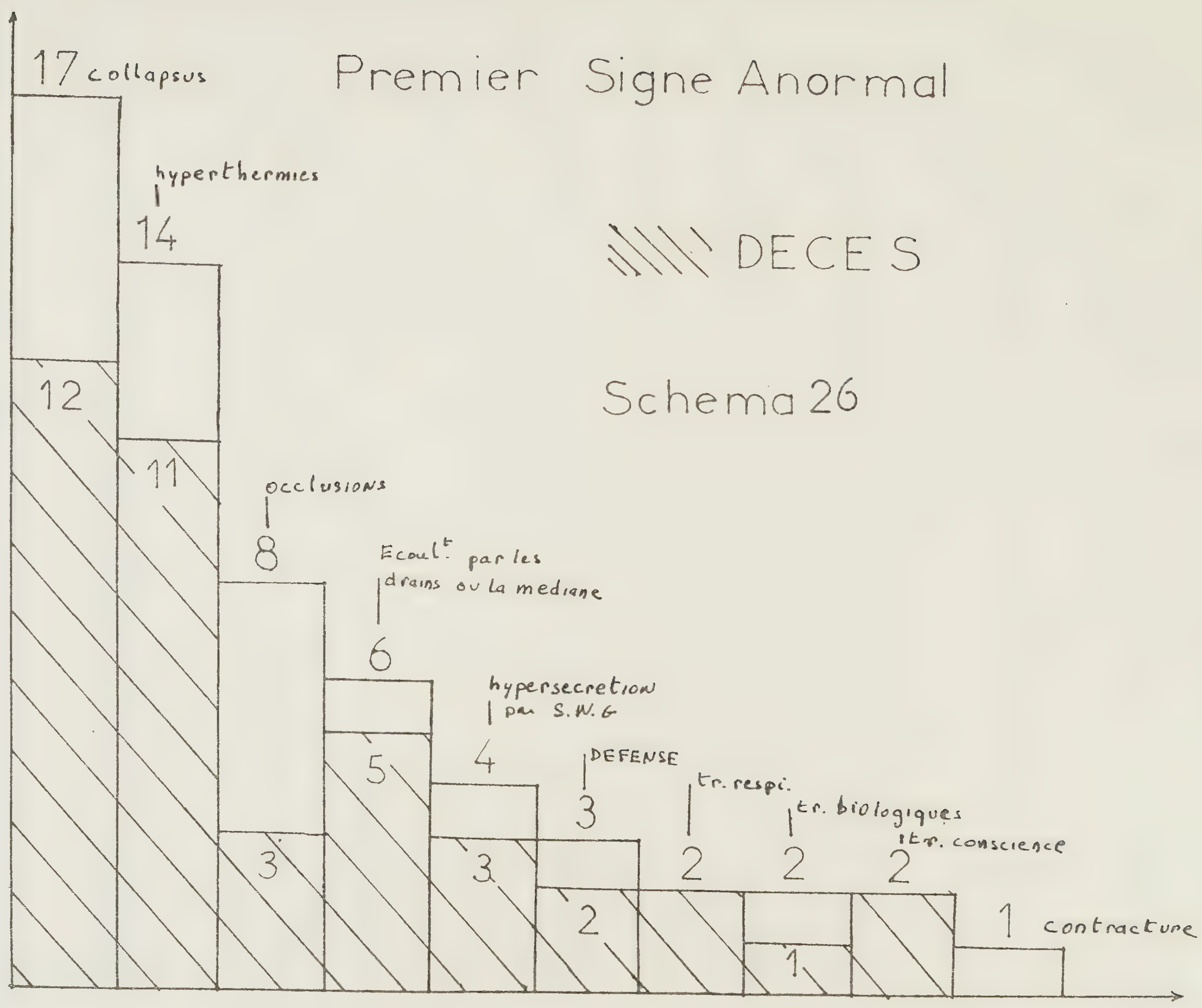
1er jour suivant son apparition : 2 fois, 1 décès
2ème jour suivant son apparition : 1 fois, 1 décès

Dans ce cas là nous voyons que la réintervention doit se faire bien avant la 24ème heure après son apparition.

7) TROUBLES BIOLOGIQUES : *2 fois, 1 décès*

. Ils sont apparus au 9ème jour post-opératoire les 2 fois.
. Le diagnostic a été fait le 2ème jour dans les 2 cas.

...


Premier Signe Anormal
DECE S
Schema 26
17 collapsus
12
hyperthermies
14
11
occlusions
8
3
Ecoul^t. par les drains ou la mediane
6
5
hypersecretion par S.N.G
4
3
DEFENSE
3
2
tr. respi.
2
tr. biologiques
2
1
tr. conscience
2
1 contracture

8) TROUBLES RESPIRATOIRES : *2 fois, 2 décès*

Ils sont apparus le 3ème et 4ème jour post-opératoire, le délai du diagnostic est beaucoup trop important : au 4ème et 5ème jour après l'apparition des troubles ; la relation entre ce signe et un problème abdominal est difficile à établir au moment de son apparition.

9) TROUBLES DE LA CONSCIENCE : *2 fois en premier et 2 décès*

Ils se présentent sous forme :

. d'une agitation prise pour un pré-délirium tremens au 5ème jour post-opératoire. Le diagnostic n'a été fait que 2 jours plus tard.

. d'un coma très trompeur au 23ème jour post-opératoire expliquant le délai du diagnostic (4 jours).

10) CONTRACTURE : *1 guérison*

Elle est apparue au 5ème jour post-opératoire, le diagnostic a été évidemment très rapide (moins de 12 heures).

CONCLUSION

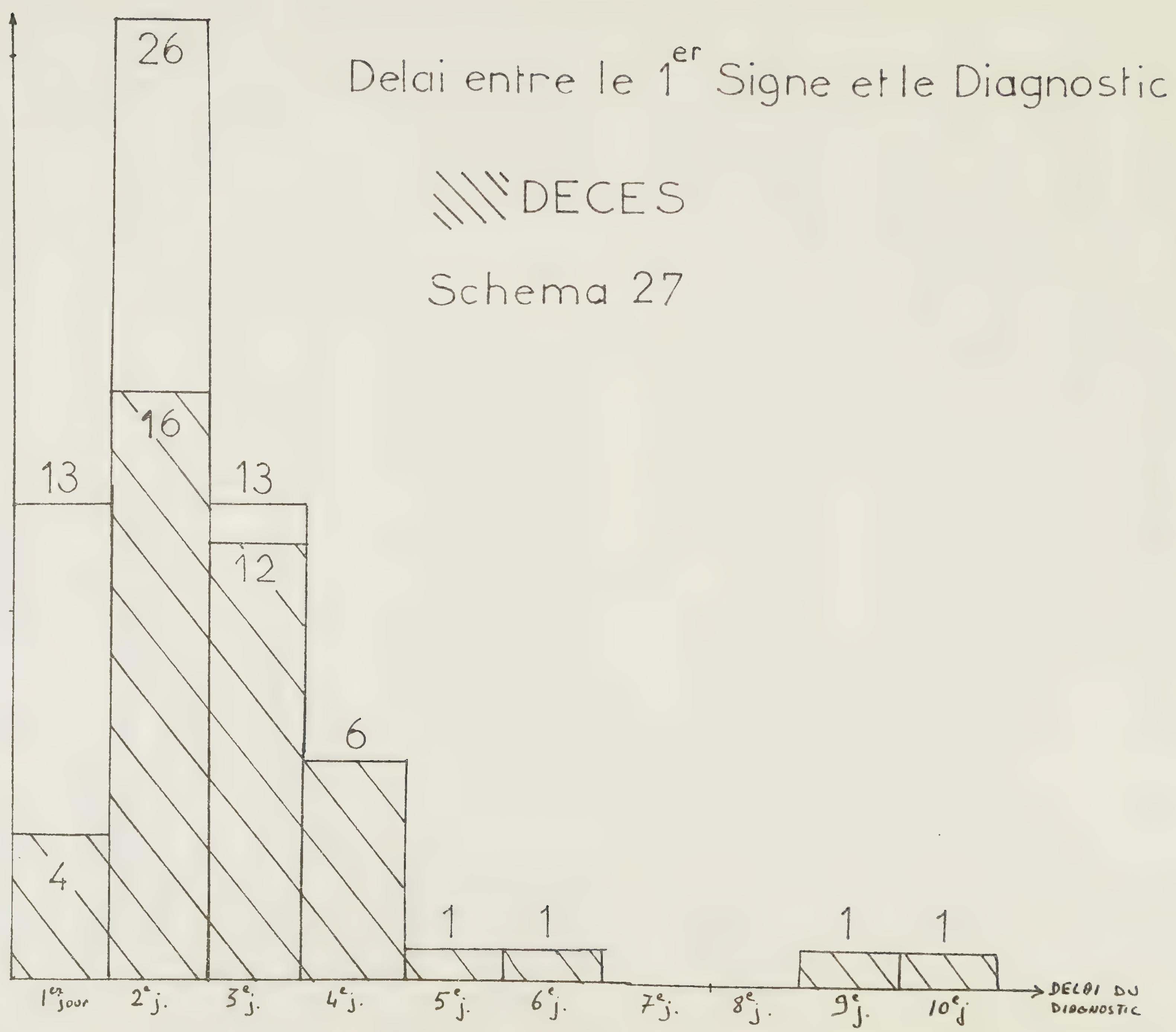
Lorsque le premier signe anormal est un symptôme qui attire l'attention sur l'abdomen (19 % des cas) (occlusion, contracture, défense) le diagnostic est fait rapidement mais devrait être encore plus précoce pour diminuer la mortalité. En regroupant les délais entre le premier signe anormal et le diagnostic, nous avons (schéma n°27 page 179) :

. 69 % de guérisons lorsque la réintervention est faite dans les 24 heures. Chez 1 malade sur 5 seulement le diagnostic est fait dans ce délai précis.

. Le pourcentage de guérison tombe à 38 % lorsque le délai est de 2 jours ; le 3ème jour il s'effondre à 8 % de survie ; après ce délai aucune chance de survie.

. Nous avons donc 63 % des diagnostics qui sont faits dans les 48 heures avec une survie de 49 %.

...


Delai entre le 1er Signe et le Diagnostic
DECES
Schema 27
26
16
13
13
12
4
6
1
1
1
1
1er jour
2e j.
3e j.
4e j.
5e j.
6e j.
7e j.
8e j.
9e j.
10e j
DELAI DU DIAGNOSTIC

Tous ces chiffres mettent en évidence qu'un diagnostic et une réintervention qui sont faits moins de 24 heures après l'apparition d'un signe anormal sont un espoir important pour l'augmentation des chances de survie.

III - LE RETARD AU DIAGNOSTIC

Nous venons de voir que le délai du diagnostic était essentiel pour essayer d'améliorer le pronostic de la péritonite post-opératoire. Les pièges diagnostics sont nombreux "a posteriori". Nous pensons qu'il est intérressant de les détailler :

Cas n°3 : la responsabilité d'un état septique grave avec choc septique, oligoanurie, insuffisance respiratoire, chez ce malade est attribuée entièrement à une pneumopathie. La reprise chirurgicale décidée tardivement devant l'extériorisation massive de liquide digestif par la médiane permettra de découvrir la désunion anastomatique (décès rapide).

Cas n°6 : Au 23ème jour post-opératoire (après hémicolectomie gauche pour une tumeur du colon descendant avec anastomose immédiate) apparition brutale d'un coma avec acidose, insuffisance rénale sévère, écoulement purulent par un drainage gauche. Le malade est muté 3 jours plus tard en réanimation à Lyon pour une anurie avec une sous-clavière purulente et un pus de paroi abondant. La reprise chirurgicale montre 2 orifices de fistule, 1 sur l'anastomose colique et 1 autre 5 cm plus haut. Décès rapide.

Cas n°7 : Etat septique grave, un transit paradoxal retarde le diagnostic et la réintervention. Il faudra attendre un écoulement purulent par tous les drains pour que le diagnostic soit fait.

Cas n°9 : Choc septique + ictère attribués à une hépatite septique. Malgré la présence d'une diarrhée, d'une azotémie qui augmente régulièrement, il faudra là encore attendre l'écoulement purulent par les drains pour décider la reprise.

Cas n°10 : 24 heures après une perforation d'ulcère du bulbe duodénal, apparition d'une hyperthermie à 40° C avec azotémie à 1,80 g/l ; la sonde gastrique ramène 2,8 litres de liquide digestif, la diurèse est de 0,9 l/j, alcalose. Le lendemain, l'urée est montée à 2,50, la sonde gastrique ramène 3,2 litres. Le surlendemain, la réintervention est décidée après l'apparition d'un choc septique, d'un poumon de choc, de troubles de la conscience ; l'urée augmente à 2,60 g/l

...

l'abdomen est mat, il existe une alcalose et des hémorragies digestives. L'intervention ne peut avoir lieu qu'après une séance d'épuration extra-rénale.

Cas n°13 : 3ème jour post-opératoire : hyperthermie avec insuffisance rénale. Le lendemain : dyspnée, tachycardie, troubles de la conscience, chute de tension. La décision de reprise chirurgicale n'est prise qu'au 5ème jour post-opératoire devant des signes de gravité extrême : anurie (ne cédant à aucune thérapeutique), choc septique intense et enfin le pus s'évacuant en masse par la médiane.

Cas n°14 : 5ème jour après une reprise chirurgicale pour entérocolite nécrosante, apparition brutale d'une agitation avec dyspnée, marbrure des membres inférieurs, acidose métabolique, température à 37°5 C. La réintervention ne se fait que le lendemain en raison de l'extériorisation d'un volumineux caillot de sang putride par la médiane.

Cas n°18 : 24 heures après une gastrectomie totale, apparition d'un état de choc avec température, météorisme abdominal, douleurs abdominales brutales, liquide bilieux sortant par une tuile, la décision de reprise est décidée devant une aggravation du tableau clinique avec troubles de la conscience, insuffisance respiratoire nécessitant l'intubation et la ventilation, le collapsus intense va retarder l'intervention de plus de 12 heures pour permettre une récupération d'un état hémodynamique meilleur.

Cas n°20 : quelques heures après une dégastrogastrectomie, apparition d'une dyspnée avec chute de la diurèse, le lendemain, choc septique avec hyperthermie, frissons, polypnée, troubles de la conscience, polynucléose à 30 000 GB, insuffisance respiratoire nécessitant l'intubation, la chute de la diurèse se poursuit. Le diagnostic se fera le lendemain après l'issue d'un liquide fécaloïde nauséabond par les drains.

Cas n°24 : état de choc pris pour une embolie pulmonaire alors qu'il existait un iléus avec météorisme.

Cas n°28 : le point de départ d'une septicémie est attribué à une pneumopathie retardant la reprise chirurgicale de 4 jours.

Cas N°30 : choc avec gasps pris pour une embolie pulmonaire bien que l'abdomen soit tendu, sensible, avec de nombreux niveaux liquides sur la radio abdominale. Décision de réintervenir devant l'irruption de liquide stercoral par la médiane (12 heures après)

...

Cas n°32 : dans les suites d'une cholecystectomie (lithiase vésiculaire) avec choledoco duodénostomie (oddite), augmentation des amylases, hypocalcémie et anurie pendant 12 heures ; 4 jours plus tard, choc majeur, douleurs abdominales, météorisme, diarrhée aqueuse, un redon se bouche, acidose, hémocultures positives faisant discuter l'étiologie de cet état septique : pulmonaire, abdominal, urinaire ou catheter. Le malade n'est réopéré qu'au 7ème jour post-opératoire pour une pancréatite. Décès 6 heures plus tard.

Cas n°39 : choc isolé pris à nouveau pour une embolie pulmonaire.

Cas n°40 : agitation prise pour un pré-délirium trémens puis l'état s'aggrave avec hypoxie, hypercapnie nécessitant une ventilation assistée, écoulement sale par les drains, le transit présent sous forme d'une diarrhée, malgré une péritonite généralisée sous-jacente, va encore retarder le diagnostic.

Cas n°42 : 4ème jour post-opératoire : insuffisance respiratoire, le malade est ventilé, écoulement stercoral par les drains, la réintervention est repoussée pour 3 raisons : mauvais état général, pas de température ni polynucléose. Trois jours plus tard, ballonnement avec défense, toujours sans température ni polynucléose. La reprise découvre une péritonite par désunion anastomotique.

Cas n°44 : choc septique, le lendemain, les drains se bouchent avec un ventre tendu, dur, hyperalgique, un liquide douteux sort par une colostomie. La réintervention se fait le surlendemain devant un choc et une acidose non compensables par la thérapeutique. Péritonite par entérocolite nécrosante.

Cas n°45 : 4 jours après une hémicolectomie droite pour tumeur néoplasique, le malade présente un choc intense avec défense abdominale, polynucléose à 33 000 GB, la sonde gastrique ramène 2,5 litres de liquide digestif. Le malade n'es pas réopéré. Le lendemain, l'état général catastrophique amène sa mutation par le S.A.M.U. en réanimation à Lyon où devant le tableau clinique (issue de liquide fétide par la médiane en plus des autres signes) la réintervention est immédiate (désunion anastomotique).

Cas n°48 : au 2ème jour post-opératoire, apparition d'une insuffisance rénale (oligurie, augmentation de l'azotémie) avec iléus, l'abdomen est tendu, insuffisance respiratoire, la sonde gastrique ramène 2 litres de liquide digestif, le malade est septicémique. Après 10 jours d'anurie nécessitant une épuration extra-rénale quotidienne, le Scanner puis la reprise chirurgicale vont découvrir la pancréatite.

...

Cas n°57 : 8 jours après une duodénopancréatectomie totale (pancréatite nécrosante) hyperthermie à 40° C, insuffisance respiratoire nécessitant l'intubation, iléus, écoulement purulent et bilieux par les drains. Au 9ème jour post-opératoire : météorisme, septicémie. La reprise chirurgicale se fait le 10ème jour (lachage de suture).

Cas n°59 : évolution d'une péritonite post-opératoire sous le masque d'une insuffisance rénale et d'une hyperthermie attribuées à une pneumopathie, l'ictère quant à lui était attribué à une insuffisance hépatique !

REMARQUES

L'écoulement par les drains et la médiane apparaît dans cette série de cas dramatiques comme un signe tardif qui est précédé par des signes de sepsis abdominal qui peuvent faire le diagnostic bien avant.

5

DONNEES

EVOLUTIVES

CHAPITRE V : DONNÉES ÉVOLUTIVES

I - EVOLUTION GLOBALE

La survie est légèrement meilleure que dans la série de ROUSSON qui avait 26 % de guérison et 74 % de décès. Dans notre série, nous avons 42 décès (67,7 %) et 20 guérisons (32,3 %).

L'élément au premier plan lors du décès était :

. Le choc septique............. 25 fois (60 % de décès)
. Défaillance cardiaque......... 6 fois (14 % de décès)
. Anurie........................ 5 fois (12 % de décès)
. Hémorragies................... 4 fois (10 % de décès)
. Insuffisance hépatique........ 1 fois
. Inconnu....................... 1 fois

Le délai de survenue du décès en fonction de la réintervention est donné par le schéma n°28 page 186 ; 70 % des décès se produisent avant le 10ème jour post-opératoire de la réintervention (ROUSSON en avait 63 %). Un pic de fréquence existe entre le 5ème et 10ème jour : 11 cas (27 %). Le pic de fréquence dans la série de ROUSSON était de 25 % du 3ème au 5ème jour. Le décès est donc retardé (progrès de la réanimation ?), un seul malade est mort avant la réintervention.

3 malades sont morts plus d'un mois après la réintervention (1 malade décède 6 mois après d'une septicémie par surinfection de catheter).

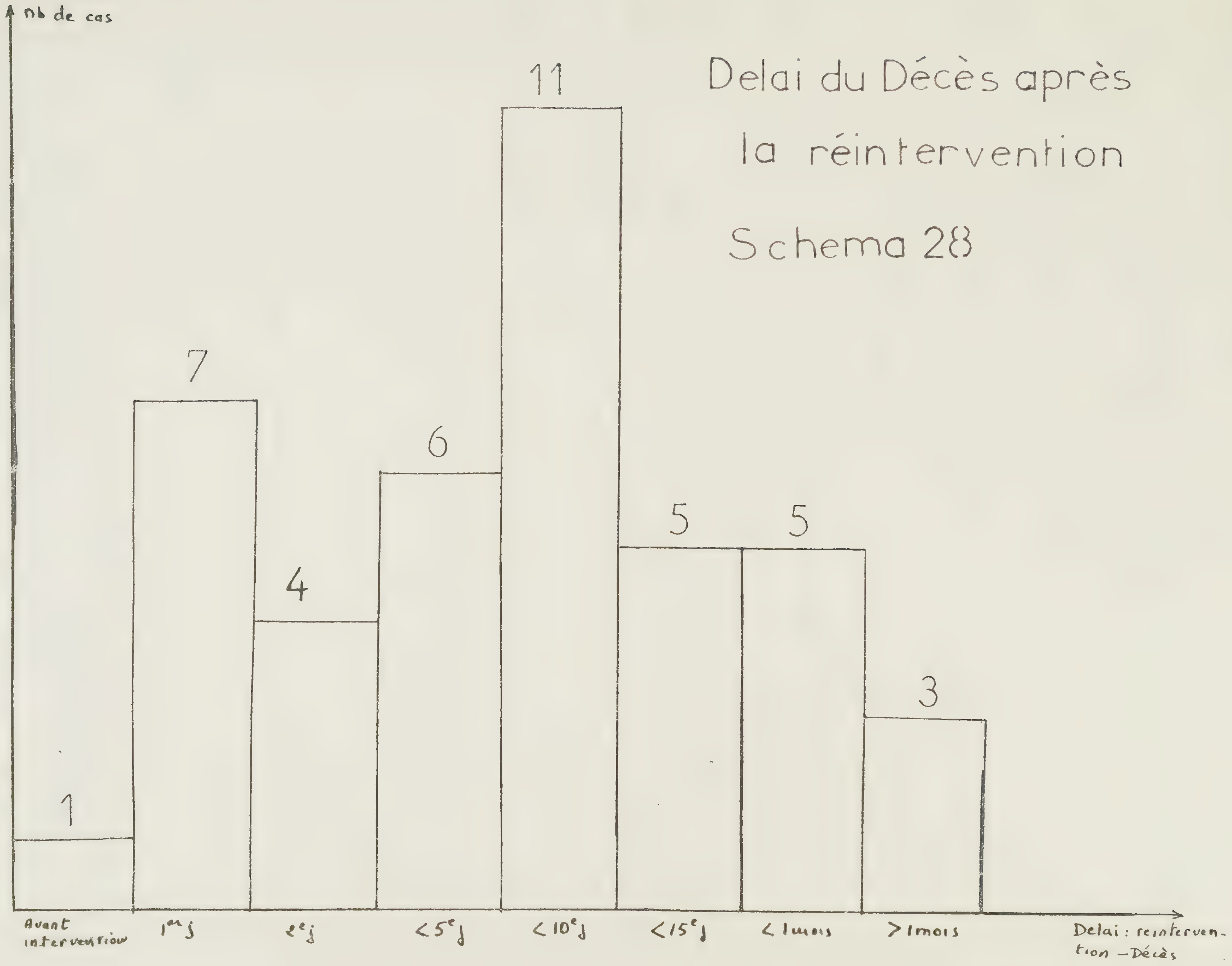
II - LES RECIDIVES DE PERITONITES (schéma n°30 page 188)

1) LES PERITONITES INITIALES

Sur 62 malades de la série, nous avons 13 malades (21 %) qui présentaient une péritonite initiale, 3 ont guéri. Dans ce groupe, la mortalité est aussi élevée que dans la série globale : 67 % de décès.

/ces Sur/13 malades, 5 vont faire 2 péritonites post-opératoires successives (donc péritonite tertiaire) et 1 sur les 13 va présenter 3 péritonites post-

...



Delai du Décès après la réintervention

Schema 28

opératoires successives (décès).

Les causes des péritonites itératives ne sont pas toutes dues à une évolution de la péritonite initiale ; sur les 13 cas, nous avons :

. 6 péritonites évolutives,
. 2 désunions de suture,
. 2 perforations du grêle,
. 1 nécrose limitée du colon,
. 1 pancréatite,
. 1 entérite nécrosante.

2) PERITONITES SECONDAIRES *(1ère péritonite post-opératoire)*

Donc 49 péritonites après un temps de latence plus ou moins long : de 1 à 27 jours après l'intervention initiale. 17 malades vont guérir (34 %). 29 malades ne feront qu'une péritonite post-opératoire et 10 guériront (34 %). ROUSSON trouvait 50 % de guérisons dans le groupe des malades qui n'ont présenté qu'une péritonite post-opératoire.

3) PERITONITES TERTIAIRES

24 malades ont donc récidivé la péritonite post-opératoire malgré une réintervention, ce qui représente 39 % des cas. Sur ces 24 malades, nous avons 9 guérisons soit 38 % dans ce groupe. Donc, un nombre élevé de péritonites n'aggrave pas le pronostic.

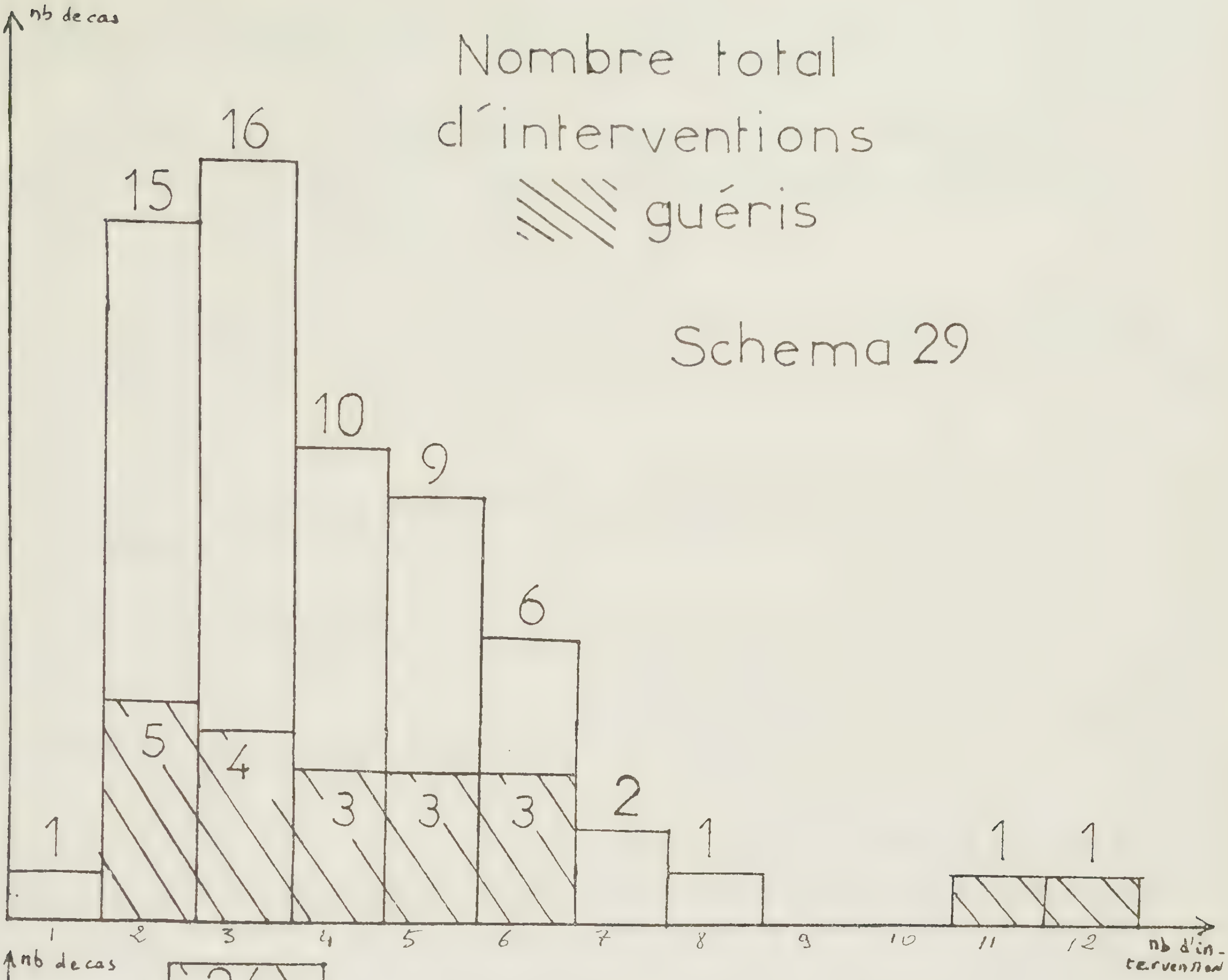
Sur les 24 malades, 5 avaient déjà fait une péritonite initiale ; 2 malades sur les 5 guérissent.

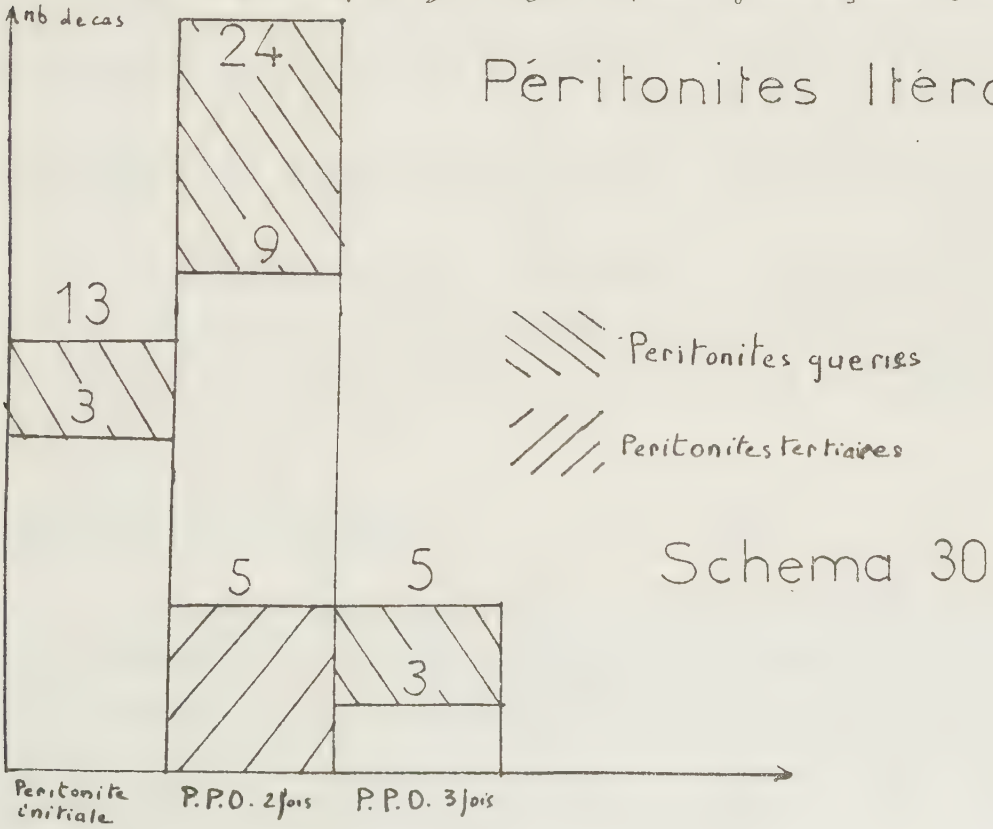
4) PERITONITES QUATERNAIRES

C'est-à-dire, 3 péritonites post-opératoires successives : 5 malades dont 3 vont guérir (même remarque que pour le paragraphe précédent) ; 1 malade avait déjà une péritonite initiale (décès).

Nous avons donc en tout 91 péritonites pour 62 malades (ROUSSON avait 99 péritonites pour 80 malades).

...


nb de cas
Nombre total
d'interventions
guéris
Schema 29
16
15
10
9
6
5
4
3
3
3
2
1
1
1
1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
nb d'intervention


nb de cas
Péritonites Itératives
24
9
13
3
Peritonites gueries
Peritonites tertiaires
Schema 30
5
5
3
Peritonite initiale
P.P.O. 2 fois
P.P.O. 3 fois

5) NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS (schéma n°29 page 188)

Il va de 1 à 12 interventions successives chez un même malade. Nous avons un malade guéri qui a subit 11 interventions et un autre également guéri qui a subit 12 interventions.

Le nombre d'interventions déjà pratiquées chez un malade ne doit pas être un obstacle à une nouvelle intervention, ce pronostic n'en sera pas plus mauvais.

Pour 62 malades, nous avons 183 réinterventions soit une moyenne de 3 réinterventions par malade.

III - EVOLUTION SELON L'ORGANE (schéma n°31 page 190)

1) APRES CHIRURGIE DU COLON : 13 cas, 9 décès (69 %)

La cause de péritonite la plus fréquente est la désunion d'anastomose et de suture avec 8 cas. Les autres causes sont diverses : entérocolite nécrosante, une nécrose de l'angle droit, une déhiscence de caecostomie et une perforation colique. La péritonite stercorale : n'a pas un plus mauvais pronostic que les autres péritonites dans notre série, sur 11 cas, 7 décès (64 %).

2) APRES CHIRURGIE GASTRIQUE ET DUODENALE : 12 cas, 12 décès

Le pronostic est donc catastrophique, aucune survie. La désunion de suture et d'anastomose prédomine dans ce groupe, 9 cas sur les 12 dont 3 désunions de moignon duodénal qui sont morts. Nous avons 2 péritonites par perforation d'ulcère duodénal dans ce groupe.

3) APRES CHIRURGIE DU GRELE : 12 cas, 7 décès (64 %)

Les causes les plus fréquentes de péritonite sont des nécroses (entérites nécrosantes, 4 cas), puis les désunions d'anastomose et lâchages de suture (4 cas également). La perforation du grèle est plus rare (2 cas).

4) APRES CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE : 4 cas, 3 décès (75 %)

La seule guérison est une perforation iatrogène d'utérus par curetage.

...

Evolution selon l'organe

(NON TRAUMATIQUE)

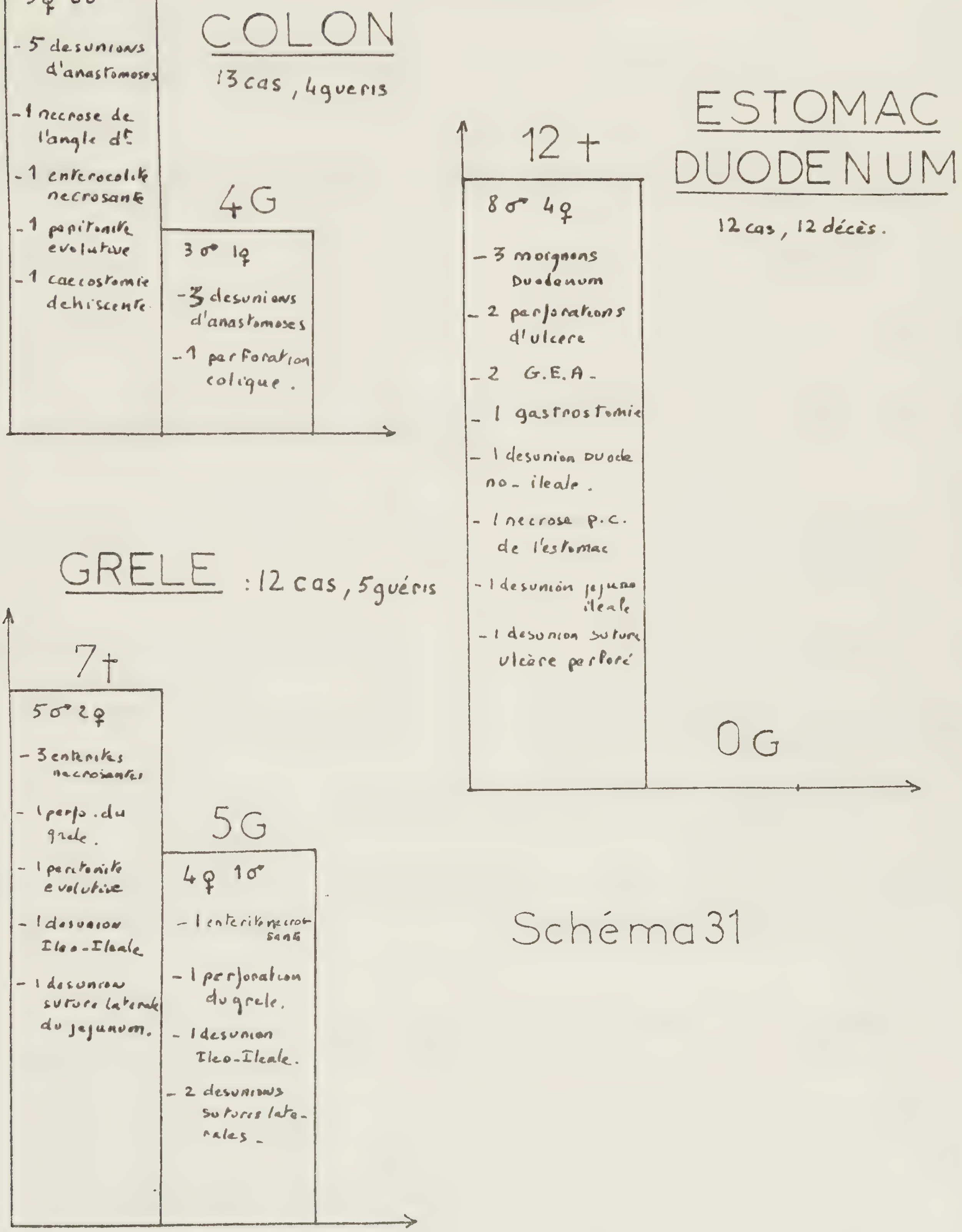


Schéma 31

5) APRES APPENDICECTOMIE

Aucun décès sur les 3 cas (ROUSSON avait 73 % de décès sur les 14 péritonites après appendicectomie). GERMAIN (13) à 31 % de décès sur 36 cas.

IV - EVOLUTION DES ANASTOMOSES ET SUTURES DIGESTIVES EN MILIEU SEPTIQUE

A) ANASTOMOSES ET SUTURES FAITES AU COURS DE PERITONITES INITIALES : 7 cas, 6 décès

CAS N°		EVOLUTION
- 10 -	Suture d'ulcère perforé du bulbe	Lâchage 9ème J - décès
- 19 -	Colectomie totale pour cancer du sigmoïde avec nécrose en amont du coecum et du colon ascendant - Anastomose iléo-rectale termino-terminale.	Lâchage 6ème J - décès
- 38 -	Gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodénal géant perforé.	Lâchage du moignon duodénal au 8ème J et de la G.E.A. au 11ème J - décès
- 44 -	Sutures latérales sur grêle.	Lâchage 2ème J - décès
- 51 -	Suture d'ulcère duodénal perforé sous-corticoïdes	Décès après 3 semaines sans lâchage de suture
- 58 -	Perforation traumatique du sigmoïde suturé	Guérison
- 60 -	Perforation d'une anse grêle etranglée, resection Anastomose iléo-iléale termino-terminale.	Lâchage de l'anastomose 7ème J - décès

Donc 5 lâchages de suture entre le 2ème et le 9ème jour post-opératoire avec décès dans les suites. Dans le détail, nous avons :

. 4 sutures latérales : 2 vont lâcher avec décès, 1 guérison et 1 décès sans lâchage.

. 1 anastomose termino-terminale : désunion et décès.

. 2 anastomoses termino-latérales : 2 désunions avec décès.

...

B) RESECTIONS ANASTOMOSES EN MILIEU SEPTIQUE *(schéma n°32 page 194)*

1 - *Pratiquées au cours de la 1ère péritonite post-opératoire : 10 cas, 5 décès*

a) Anastomose sur le grêle :

CAS N°		EVOLUTION
- 3 -	Suture jéjuno-jéjunale termino-latérale pour jéjunostomie d'alimentation.	Décès le lendemain
- 23 -	Suture jéjuno-jéjunale termino-latérale pour jéjunostomie d'alimentation.	Décès rapide
- 9 -	Anastomose jéjuno-jéjunale termino-latérale pour perforation du grêle.	Décès 9ème J
- 34 -	Anastomose latéro-latérale jéjuno-jéjunale.	Décès 6ème J
- 20 -	Refection d'une désunion d'anastomose duodéno-jéjunale termino-terminale.	Fistule et décès
- 21 -	Refection d'une désunion d'anastomose iléo-iléale termino-terminale.	Guérison
- 35 -	Anastomose iléo-iléale latéro-latérale.	Désunion 16ème J Guérison
- 52 -	Anastomose iléo-iléale termino-terminale.	Désunion 7ème J Guérison

b) Anastomose oeso-jéjunale :

- 23 -	Après gastrectomie totale, anastomose termino-latérale.	Décès rapide
- 7 -	Refection d'une désunion oeso-jéjunale termino-latérale.	Lâchage 6ème J Décès

Donc sur 10 cas, 4 désunions (2 vont guérir) : 1 latéro-latérale, 1 termino-latérale, 2 termino-terminales ; 5 décès avant l'extériorisation d'une fistule et une guérison sans lâchage d'anastomose.

...

2 - *Pratiquées au cours des péritonites itératives* : *3 cas, pas de décès*

CAS N°		EVOLUTION
- 35 -	G.E.A. pour ulcère de stress.	) Guérison sans désunion
- 35 -	Anastomose iléo-iléale latéro-latérale.	) Fistule
- 54 -	G.E.A. pour ulcère duodénal perforé.	) Guérison sans fistule

C) SUTURES LATERALES EN MILIEU SEPTIQUE *(schéma n° 33 page 194)*

1 - *Effectuées au cours de la 1ère péritonite post-opératoire* : *17 cas*

a) Suture en milieu septique de perforations latérales non ulcéreuses :

CAS N°		EVOLUTION
- 24 -	Nécrose limitée de la petite courbure gastrique suturée	) Désunion 1 mois plus tard
- 43 -	Perforation latérale du grêle.	) Désunion 1 mois plus tard
- 57 -	Perforation latérale du jéjunum.	) Décès au 2ème J
- 56 -	Perforation latérale du duodénum.	) Désunion au 2ème J

b) Nouvelles sutures après désunion de la suture initiale d'ulcères duodénaux perforés :

CAS N°

- 10 - Décès au 10ème jour.

- 46 - Désunion 1 mois plus tard, décès avant la reprise.

- 51 - Fistule dans les suites.

c) Gastrectomie :

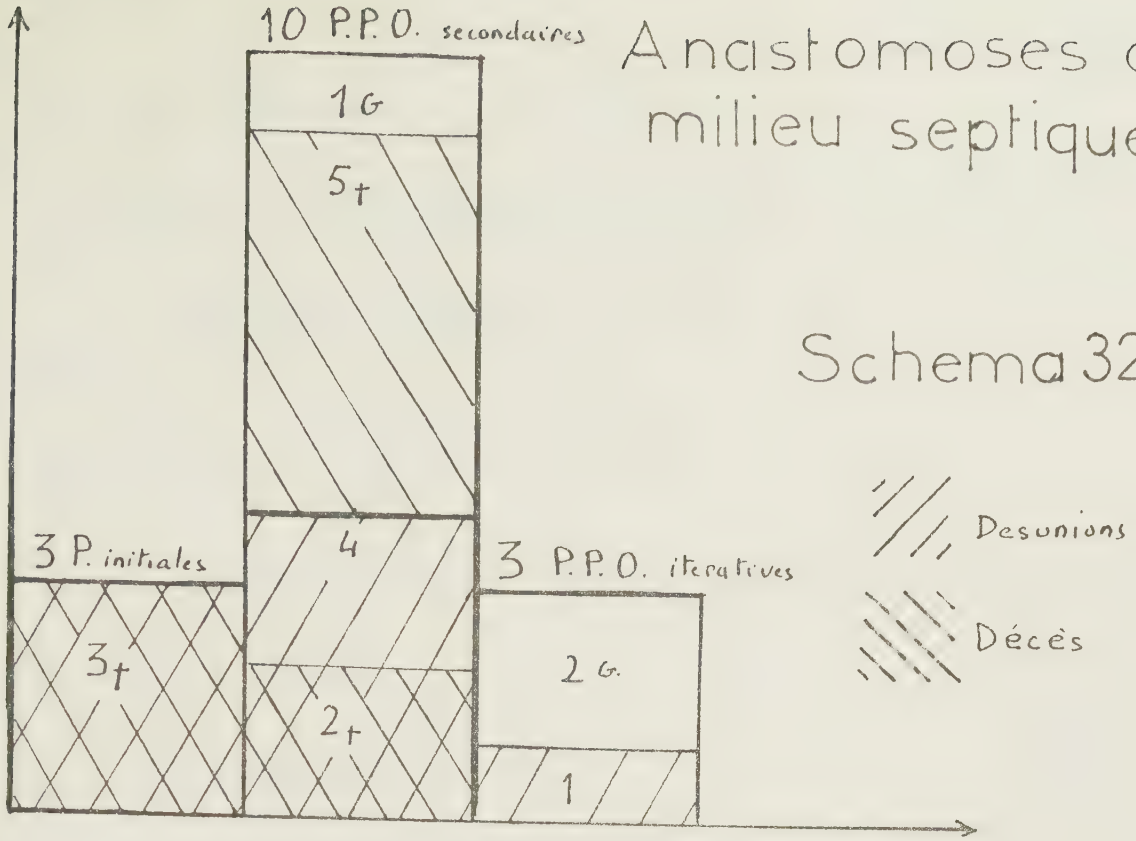
CAS N°

- 5 - Désunion au 8ème jour.

...

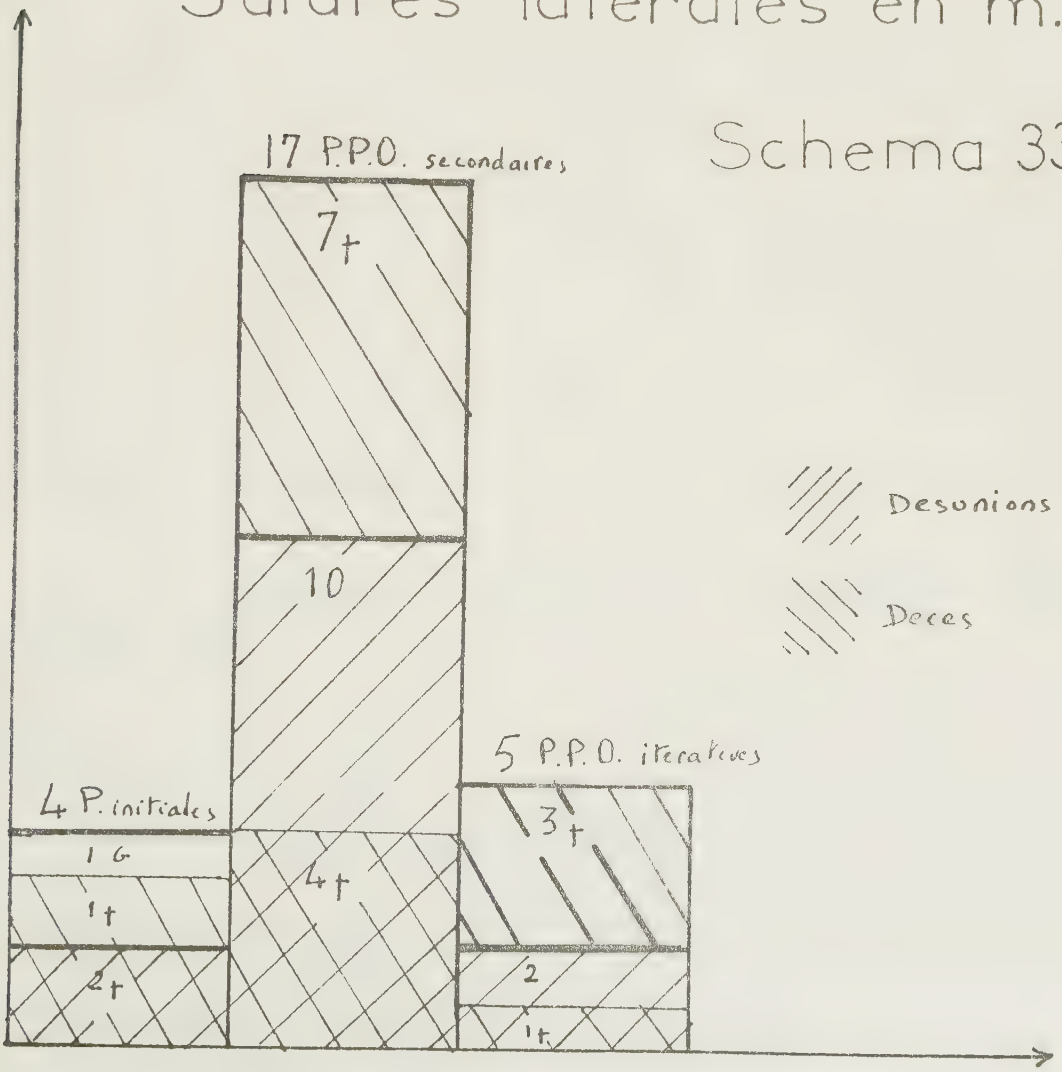
Anastomoses en milieu septique

Schema 32



Sutures laterales en m. s.

Schema 33



- 47 - Décès au 4ème jour.

- 48 - désunion partielle au 4ème jour (décès).

d) Refection de G.E.A. :

CAS N°

- 38 - Décès au 4ème jour.

- 49 - Refection après perforation iatrogène par une mèche : fistule au 5ème jour.

- 57 - Décès au 2ème jour.

e) Epiplooplastie :

CAS N°

- 47 - Décès au 4ème jour.

- 49 - Désunion au 5ème jour.

f) Pyloroplastie :

CAS N°

- 33 - Fistule.

- 47 - Décès au 4ème jour.

2 - *Effectuées au cours des péritonites itératives* : (*tertiaires et quaternaires*)

CAS N°

- 5 - Refection de gastrostomie, décès au 3ème jour.

- 8 - Refection de suture d'ulcère duodénal perforé initialement, décès le 1er jour

- 4 - Refection de suture gastrique à la face antérieure : fistule dans les suites.

...

- 38 - Refection de G.E.A., décès au 4ème jour.

- 48 - Refection de gastrostomie : fistule dans les suites, décès.

D) CONCLUSIONS (*schéma n°34 page 197*)

Nous regroupons tous les résultats pour les sutures et anastomoses faites en milieu septique (péritonites initiales comprises).

1 - *Resection anastomose en milieu septique*

Nous avons 16 cas de resections anastomoses qui évaluent de plusieurs façons :

. 8 désunions : 50 % (5 décès),
. 5 décès (avant la désusion),
. 3 guérisons (sans désunion).

En tout nous avons 10 décès (63 %) et les 16 anastomoses se répartissent comme suit :

. 9 termino-latérales dont :
- 3 désunions du 6ème au 8ème jour (3 décès),
- 4 décès du 1er au 9ème jour (donc 7 décès sur 9 cas en tout),
- 2 guérisons.

. 4 termino-terminales dont :
- 3 désunions du 1er au 7ème jour (2 décès),
- 1 guérison.

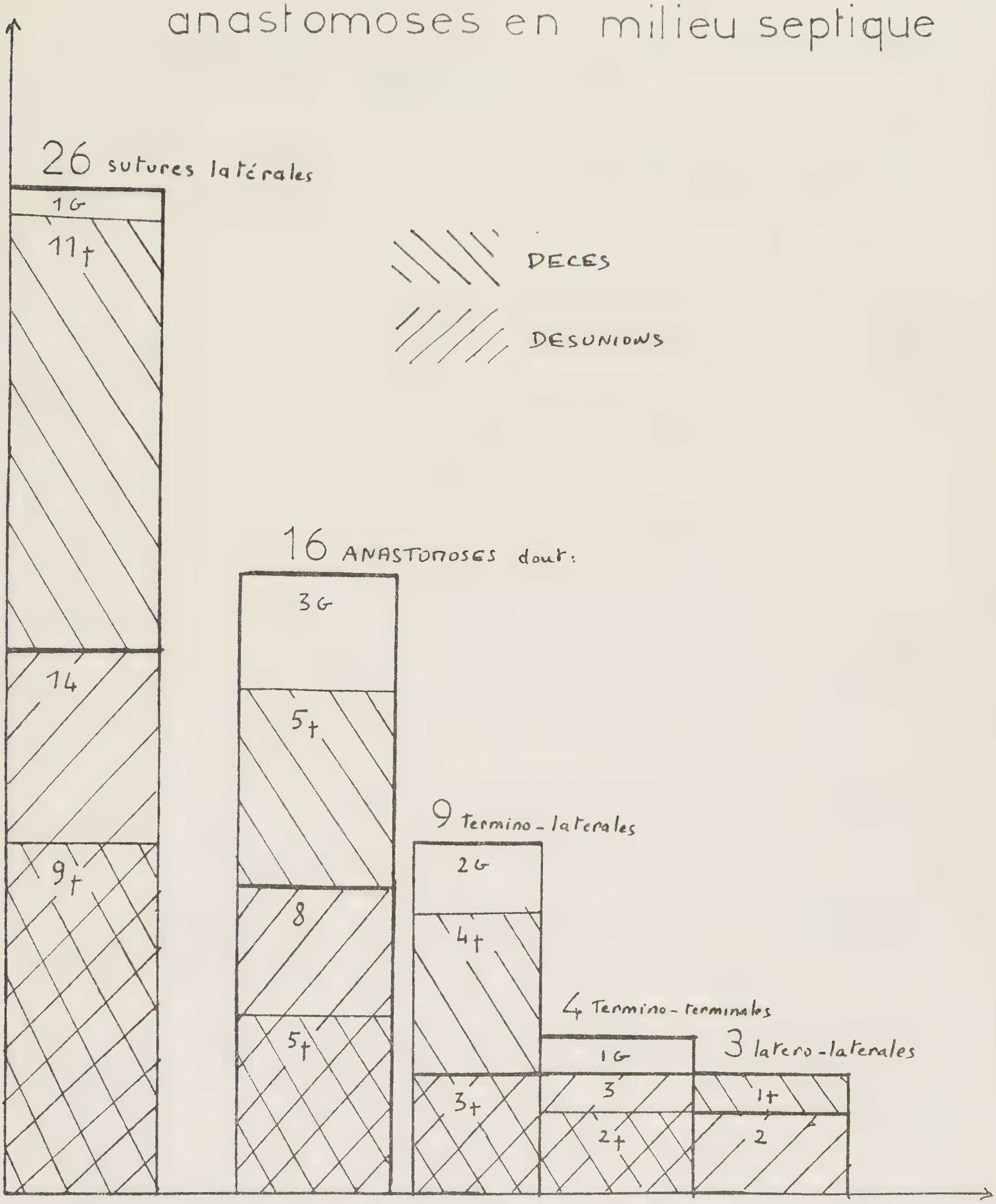
. 3 latéro-latérales dont :
- 2 désunions du 11ème au 16ème jour (désunions plus tardives que les 2 autres guérisons),
- 1 décès au 6ème jour.

2 - *Sutures latérales en milieu septique*

Sur 26 sutures latérales nous avons :

. 14 désunions : 57 % (9 décès),
. 11 décès,
. 1 guérison sans désunion. ...

Evolution des sutures et anastomoses en milieu septique



Schema 34

En tout nous avons donc 20 décès. Sur les 14 désunions 5 malades (36 %) seulement guériront.

Cette petite étude de l'évolution des sutures et resections-anastomoses qui sont toutes faites en milieu septique, montre :

. 54 % de désunions pour les sutures latérales (avec 73 % de décès),
. 50 % de désunions pour les resections anastomoses (avec 63 % de décès).

Contrairement à ROUSSON (35) qui pensait que les sutures latérales "tenaient mieux" en milieu septique, cette étude montre que une suture latérale et une anastomose faites dans le pus avaient de grandes chances de se désunir et d'être à l'origine d'une péritonite itérative.

V - EVALUATION DU PRONOSTIC

1) LES TARES PRE-EXISTANTES ET LES LESIONS ASSOCIEES

Sur 62 malades, 42 ont été opérés en urgence lors de l'intervention initiale. La mortalité est de 86 % dans ce groupe de malades qui comprend les 2/3 des cas.

Nous avons, en revanche, 7 cancers opérés lors de l'intervention initiale, dont 5 décès (71 %).

Les antécédents cardio-vasculaires, pulmonaires, rénaux, digestifs et neuro-psychiatriques aggravent le pronostic (87 % de décès).

La mortalité est moindre lorsque les malades n'ont pas d'antécédent ou bien ont des antécédents simples de chirurgie abdominale (appendicectomie, hernie inguinale ou cure d'éventration). Nous avons 52 % de décès dans ce groupe.

Pour les atteintes traumatiques associées : 86 % de décès en cas de fractures du bassin, du thorax, du crâne, de la colonne cervicale et des membres.

Nous avons vu que les malades polytares n'avaient pas moins de chances de survie que les autres à condition qu'ils ne soient pas porteurs de tares majeures (rénales, pulmonaires, cardio-vasculaire).

...

2) L'AGE

L'âge est un facteur prédominant pour le pronostic (schéma n°35 page 200) :

. Avant 40 ans : 43 % de décès,
. Après 40 ans : 80 % de décès.

Pour les étiologies traumatiques, nous avons :

. Avant 40 ans : 38 % de décès,
. Après 40 ans : 100 % de décès.

Donc, dans notre série, nous n'avons pas de survie après 40 ans pour l'étiologie traumatique (comme ROUSSON).

Mortalité en fonction de l'âge :

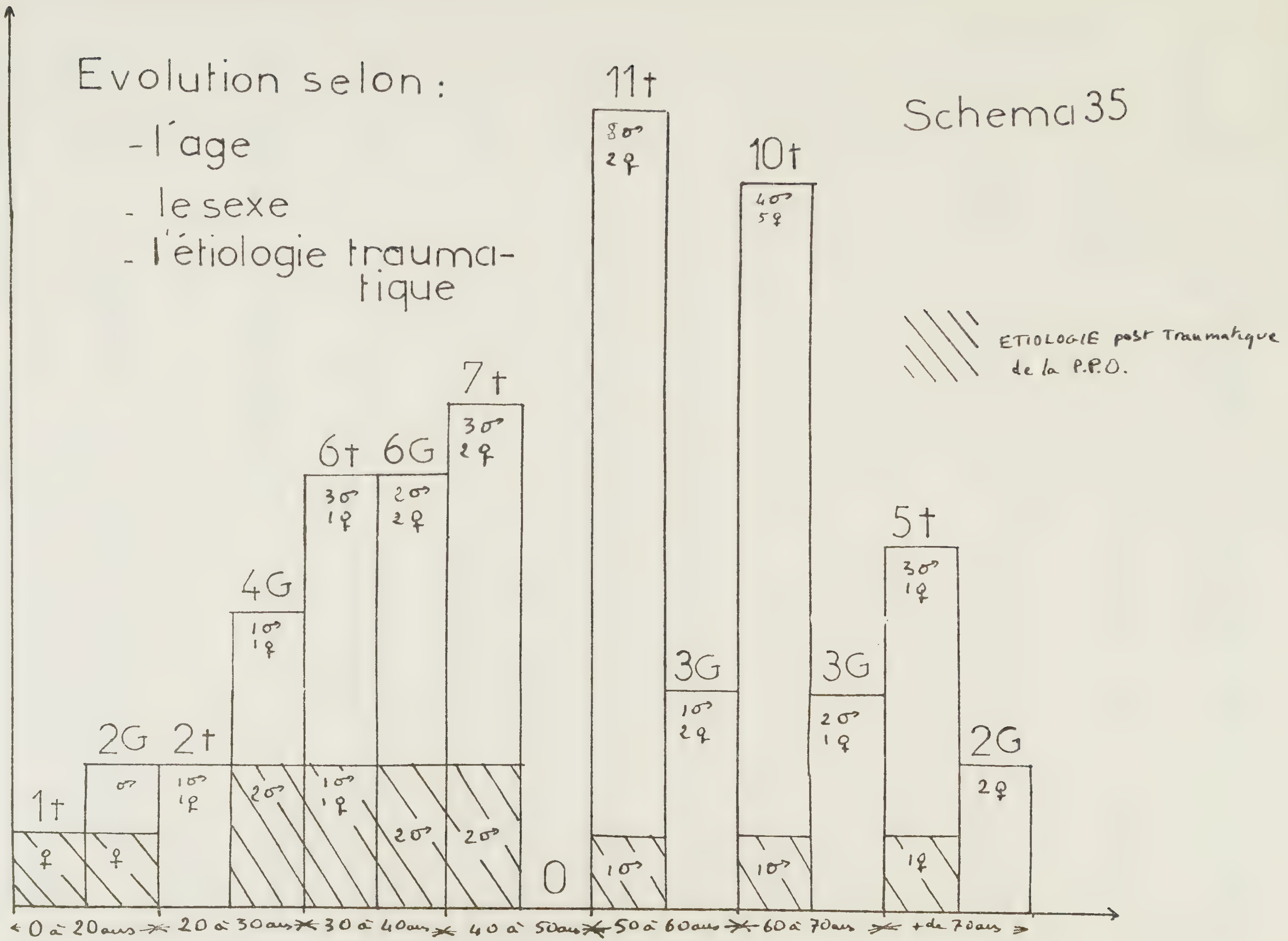
. 0 à 20 ans : 33 %
. 20 à 30 ans : 33 %
. 30 à 40 ans : 50 %
. 40 à 50 ans : 100 %
. 50 à 60 ans : 79 %
. 60 à 70 ans : 77 %
. 70 ans et + : 71 %

Il est important de noter qu'après 40 ans le pronostic s'améliore alors que l'âge avance, donc la péritonite post-opératoire chez les gens âgés (+ 70 ans) doit être traitée comme les autres péritonites. L'âge ne doit pas être un obstacle à une réintervention ni à une réanimation intensive.

3) LE SEXE

. 71,00 % de décès chez les hommes,
. 62,50 % de décès chez les femmes.

La différence n'est pas significative.


Evolution selon :
- l'age
- le sexe
- l'étiologie traumatique
Schema 35
ETIOLOGIE post Traumatique de la P.P.O.
1† ♀
2G ♂ ♀
2† 1♂ 1♀
4G 1♂ 1♀ 2♂
6† 3♂ 1♀ 1♂ 1♀
6G 2♂ 2♀ 2♂
7† 3♂ 2♀ 2♂
0
11† 8♂ 2♀ 1♂
3G 1♂ 2♀
10† 4♂ 5♀ 1♂
3G 2♂ 1♀
5† 3♂ 1♀ 1♀
2G 2♀
0 à 20 ans
20 à 30 ans
30 à 40 ans
40 à 50 ans
50 à 60 ans
60 à 70 ans
+ de 70 ans

4) L'ORGANE LESE

Dans la série de ROUSSON, la chirurgie gynécologique avait un pronostic plus favorable, dans notre série c'est le contraire : 75 % de décès.

La chirurgie initiale gastrique et duodénale a dans la série un pronostic effroyable avec 100 % de décès.

L'appendicectomie a en revanche 100 % de guérison. Pour le grêle, nous avons 64 % de décès, la mortalité est plus importante dans la chirurgie du grêle post-traumatique (82 % de décès).

Pour ce qui est du colon : 62 % de mortalité (dans les étiologies du colon traumatique elle augmente à 69 %).

5) DELAI DU DIAGNOSTIC

Le délai entre l'apparition du premier signe anormal et le diagnostic est primordial, nous avons vu qu'il conditionne le pronostic :

. Nous avons 69 % de guérisons lorsque le diagnostic est fait le premier jour qui suit le premier signe anormal.

. Le pourcentage tombe à 38 % pour le 2ème jour, il s'effondre à 8 % pour le 3ème jour. Pas de survie si le délai est supérieur à 3 jours.

. Nous sommes persuadés que la nature même du premier signe anormal conditionne le délai du diagnostic et donc indirectement le pronostic.

. Nous avons 100 % de décès lorsque le 1er signe anormal est un trouble respiratoire ou un trouble de la conscience.

. Nous n'avons pas de décès lorsque le 1er signe est la contracture abdominale.

. Nous avons 71 % de guérisons lorsque l'occlusion est le premier signe.

...

<u>6) ASSOCIATIONS SYMPTOMATIQUES</u> (*chapitre III - Paragraphe III*)

Les groupements de symptômes qui ont un mauvais pronostic sont :

. Choc + ictère + insuffisance rénale........... 90 % de décès
. Choc + insuffisance rénale..................... 84 % de décès

En revanche, un symptôme isolé comme l'ictère, la température et le choc isolé a un bien meilleur pronostic :

. 100 % de guérisons lorsque l'ictère est isolé,
. 80 % de guérisons pour l'hyperthermie,
. 67 % de guérisons pour le choc isolé.

<u>7) BIOLOGIE</u>

. Nous n'avons pas de survie dans le groupe des malades hémodialysés (15 décès).
. Un taux d'urée supérieur à 2 g/l représente 93 % de mortalité.
. Un taux de créatinine supérieur à 30 mg/l représente 87 % de décès.
. Une leuconeutropénie inférieure à 5 000 représente 100 % de décès.
. L'acidose représente une mortalité de 84 % des cas.
. Nous avons pu nous rendre compte qu'une glycémie supérieure à 3 g/l équivaut à 78 % de décès tandis que la bilirubinémie totale supérieure à 60 mg/l représente 94 % de décès et que nous avons 90 % de décès pour une bilirubine directe supérieure à 30 mg/l.

<u>8) LE TRAITEMENT CHIRURGICAL</u>

Un traitement chirurgical bien conduit conditionne favorablement le pronostic. Le nombre de reprises chirurgicales n'est pas un facteur aggravant bien au contraire. Nous avons 2 guérisons chez des malades opérés 11 et 12 fois avant de guérir.

6

BACTERIOLOGIE

CHAPITRE VI : BACTÉRIOLOGIE

I - LA FLORE INTESTINALE

1) TYPE DE FLORE (*shéma n° 37 page 205*)

Sur 50 cas exploitables (prélèvements effectués au cours de la première péritonite post-opératoire), nous n'avons aucun prélèvement stérile.

. 5 fois un germe était isolé (2 décès),
. 45 fois la flore est multiple (32 décès : 72 %),
. 12 prélèvements (5 décès : 42 %) montrent un germe anaérobie, donc beaucoup moins que prévu dans ce type de complication. Cela peut s'expliquer par le retard à l'ensemencement de beaucoup de prélèvements (en particulier la nuit et les fins de semaines !). Une sensibilisation du personnel de bloc et du laboratoire à ce problème permettrait d'avoir un plus grand nombre de prélèvements avec anaérobies qui prédominent pour PELOUX (32) avec en particulier, les Bactéroïdes fragilis (14, 26).

2) LES GERMES EN CAUSE (*schéma n° 38 page 206*)

L'E. Coli est très fréquent. Nous le rencontrons 35 fois (24 décès) puis nous avons le Streptocoque faecalis, 29 fois (23 décès) ensuite le Protéus, 17 fois (14 décès) et enfin le Staphylocoque doré, 12 fois (9 décès)...

Il n'y a pas de survie si le prélèvement contient :

. 1 Serratia, 2 cas et 2 décès,
. 1 Candida albicans, 6 cas et 6 décès,
. 1 pyocyanique, 3 cas et 3 décès.

puis la survie augmente à 18 % avec le Protéus et à 28 % avec le Streptocoque faecalis.

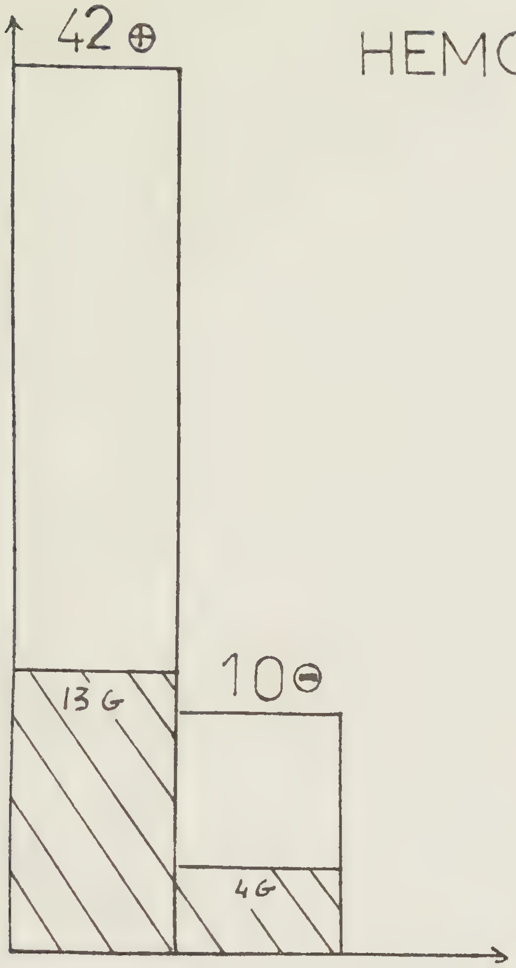
Le groupe où la survie est la meilleure est celui des Bactéroïdes (75 % de guérisons) puis nous trouvons les streptocoques viridans et hémolytiques avec 50 % de guérisons.

...

HEMOCULTURES

52 cas 42 positives
10 negatives

GUERISONS

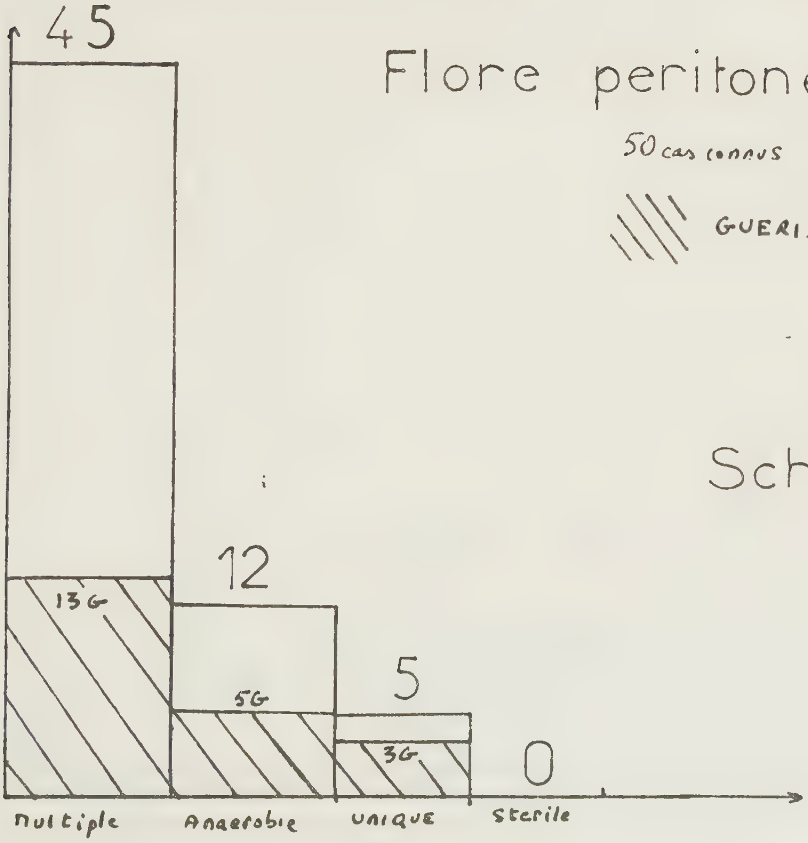


Schema 36

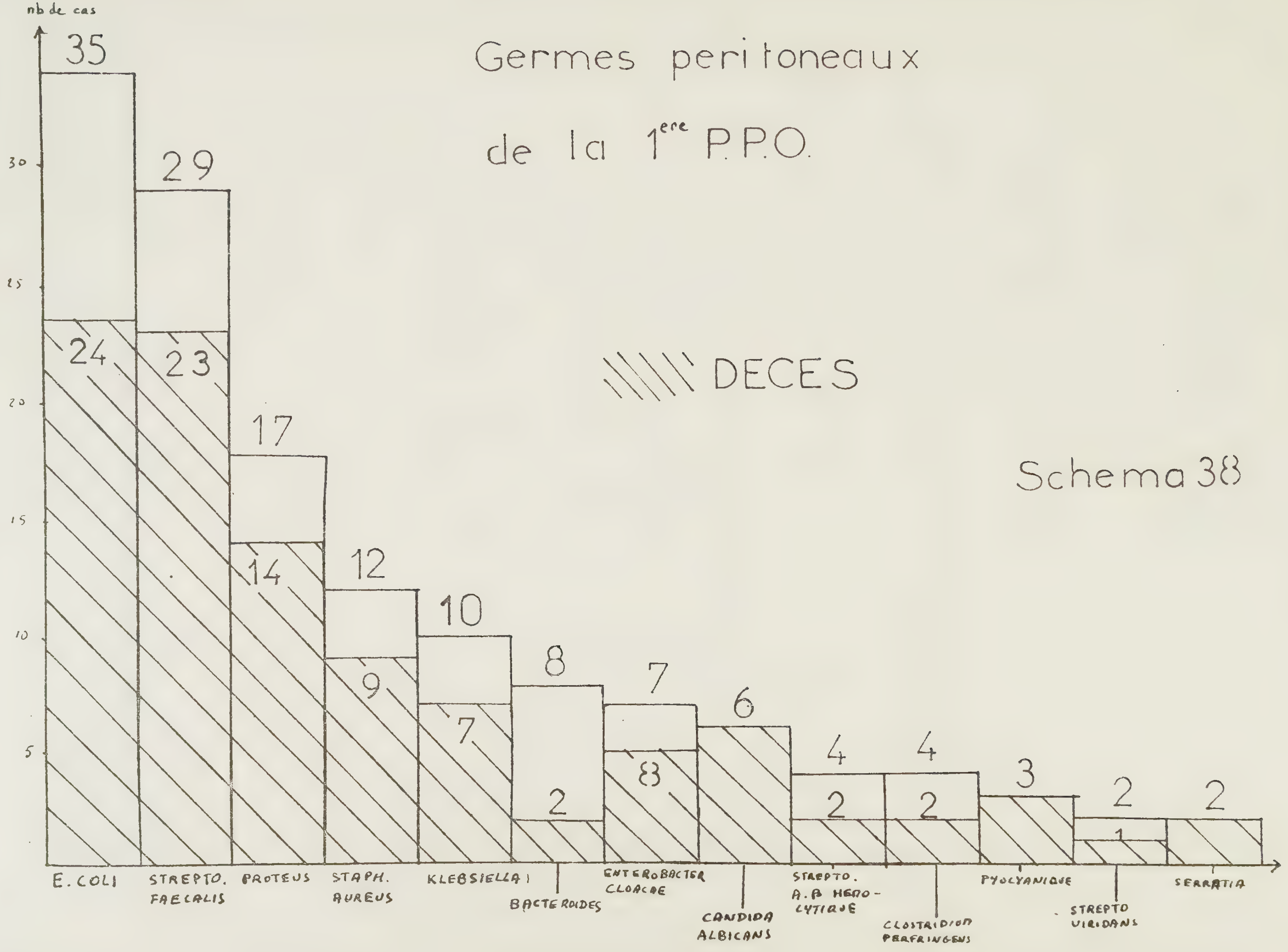
Flore peritoneale

50 cas connus

GUERISONS



Schema 37


Germes peritoneaux
de la 1ère P.P.O.
DECES
Schema 38
nb de cas
30
25
20
15
10
5
35
24
29
23
17
14
12
9
10
7
8
2
7
8
6
4
2
4
2
3
2
1
2
E. COLI
STREPTO. FAECALIS
PROTEUS
STAPH. AUREUS
KLEBSIELLA
BACTEROIDES
ENTEROBACTER CLOACAE
CANDIDA ALBICANS
STREPTO. A.B HEMO-LYTIQUE
CLOSTRIDIUM PERFRINGENS
PYOCYANIQUE
STREPTO VIRIDANS
SERRATIA

Sur 12 germes anaérobies (33 % de décès), nous avons :

. 8 Bactéroïdes fragilis (2 décès),
. 4 Clostridium perfringens (2 décès).

Nous avons :

. 74 germes Gram (-) : 74 % de décès,
. 47 germes Gram (+) : 74 % de décès.

Il n'y a pas de différence de gravité entre une péritonite à Gram (-) et une péritonite à Gram (+). Nous trouverons le même résultat pour les hémocultures.

II - HEMOCULTURES (schéma n°39 page 208)

Sur 52 cas connus, les hémocultures étaient :

. 10 fois stériles (60 %) - 6 décès,
. 42 fois positives (69 %) - 29 décès.

Les germes les plus fréquents sont :

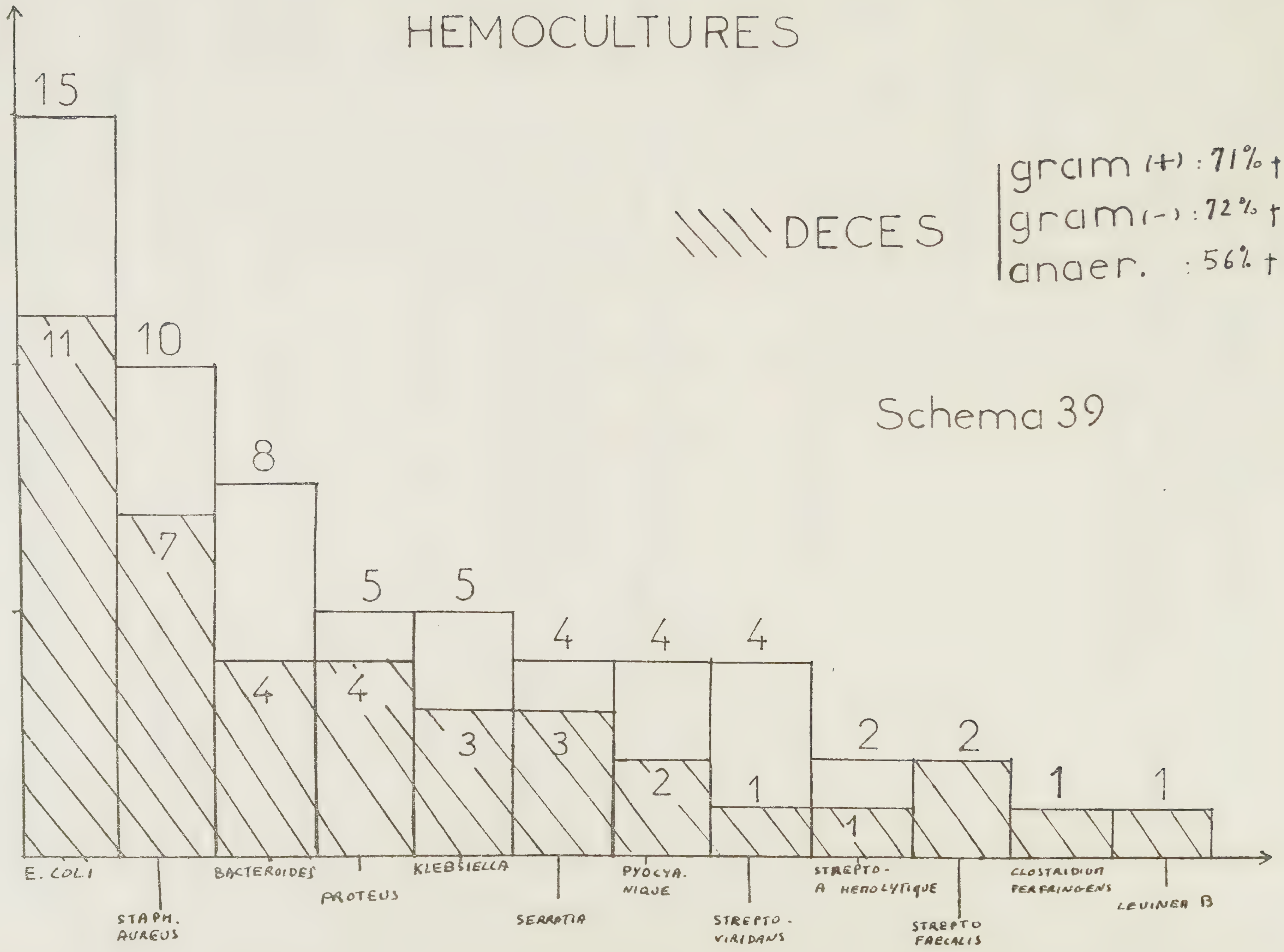
. 15 cas : E. Coli (11 décès - 73 %)
. 10 cas : Staphylocoque doré (7 décès - 70 %)
. 8 cas : Bactéroïdes (4 décès - 50 %)

Nous avons :

. 29 germes Gram (-), 72 % de décès,
. 14 germes Gram (+), 71 % de décès,
. 9 germes anaérobies, 56 % de décès.

La présence d'anaérobies (en particulier les Bactéroïdes) dans une hémocultures ou dans un prélèvement péritonéal n'aggrave absolument pas le pronostic, au contraire la mortalité est inférieure à la moyenne de la série (sauf bien entendu, pour le clostridium perfringens,1 hémoculture positive, 1 décès).

...


HEMOCULTURES
DECES
gram (+) : 71% †
gram (-) : 72% †
anaer. : 56% †
Schema 39
15
11
10
7
8
4
5
4
5
3
4
3
4
2
4
1
2
1
2
1
1
E. COLI
STAPH. AUREUS
BACTEROIDES
PROTEUS
KLEBSIELLA
SERRATIA
PYOCYANIQUE
STREPTO-VIRIDANS
STREPTO-A HEMOLYTIQUE
STREPTO FAECALIS
CLOSTRIDIUM PERFRINGENS
LEVINEA B

. 33 % de décès lorsqu'un germe anaérobie est présent dans un prélèvement péritonéal.

. 56 % de décès lorsqu'il est présent dans une hémoculture.

Uné hémoculture positive à Protéus représente 80 % de décès, à E. Coli 73 % de décès et à Staphylocoque doré 70 % de décès.

III - AUTRES PRELEVEMENTS

1) LIQUIDE CEPHALORACHIDIEN

Sur 7 prélèvements :

. 6 stériles (3 décès),

. 1 positif à Staphylocoque doré (décès).

2) MYELOCULTURE

Un prélèvement effectué en raison d'une leucopénie avec thrombopénie sévère, le myélogramme était normal et la myéloculture négative (pas de germe).

Nous n'avons pas détaillé les prélèvements urinaires, trachéaux pulmonaires (respiration bronchique) les germes étant pratiquement toujours les mêmes que ceux rencontrés dans les prélèvements intra-abdominaux.

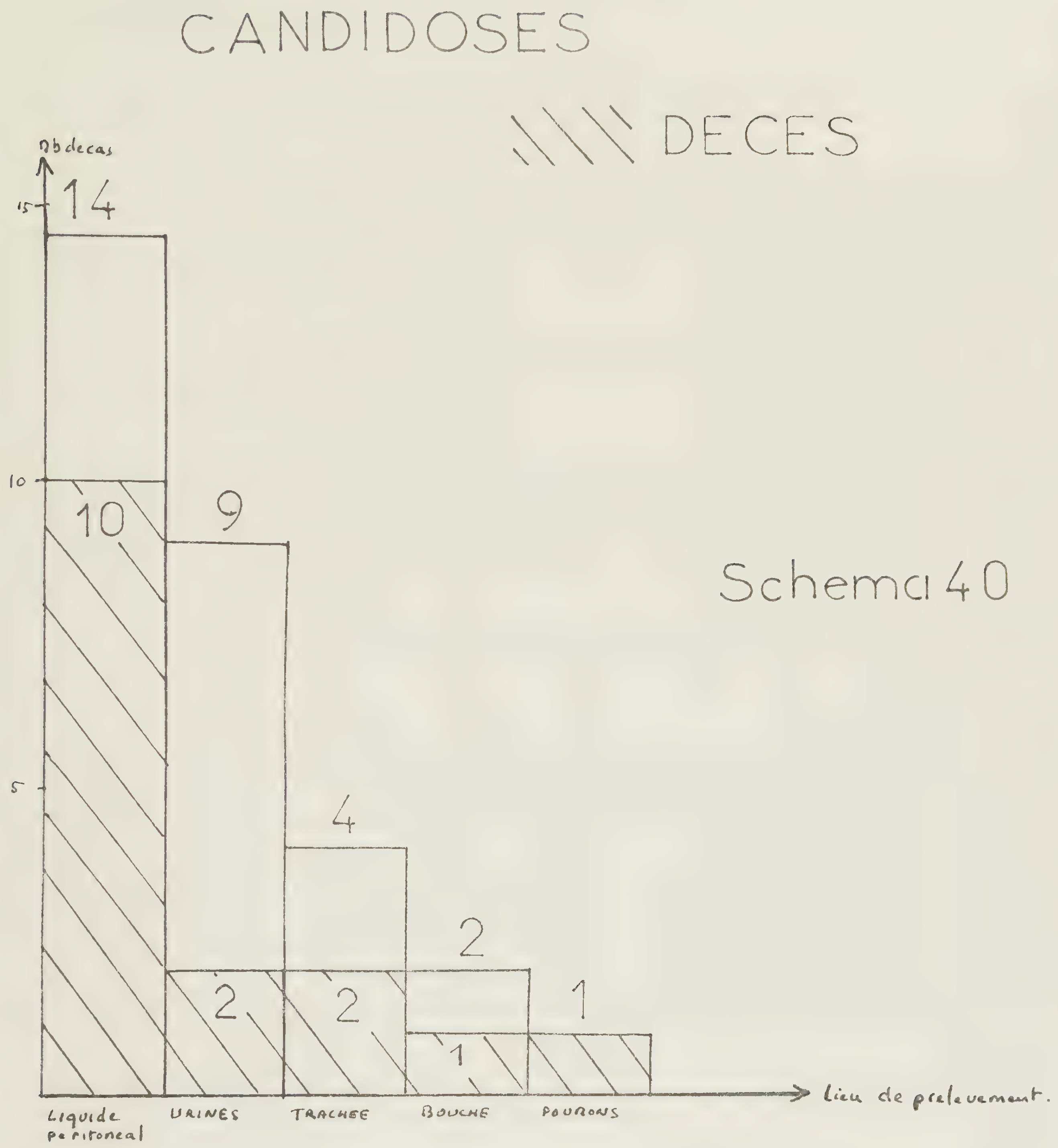
IV - CAS PARTICULIER : LES CANDIDOSES (schéma n°40 page 210)

Nous étudions à part les candidoses. La multiplicité des traitements antibiotiques associés à la baisse des défenses immunitaires (12) que présentent ces malades favorisent le développement des levures.

Sur 49 cas exploitables, nous avons retrouvé des prélèvements contenant un Candida en plusieurs endroits : abdominal, urines, trachée, poumons (après aspiration bronchique).

Dans les prélèvements de la première péritonite post-opératoire nous avons trouvé un Candida albicans à 6 reprises (6 décès), mais un Candida peut apparaître au cours de l'évolution : il est noté 14 fois (10 décès : 71 %) donc 29 % des cas connus. Dans les urines nous l'avons retrouvé 9 fois (2 décès) puis 4 fois dans la trachée (2 décès), 2 fois dans la bouche et 1 fois nous avons trouvé une pneumopathie à Candida (décès). Nous n'avons pu apprécier

...


CANDIDOSES
DECES
Nb de cas
15
10
5
14
10
9
4
2
2
2
1
1
Liquide peritoneal
URINES
TRACHEE
BOUCHE
POUMONS
Lieu de prelevement.

Schema 40

l'efficacité de la Fungizone* (en lavage abdominal continu) sur un Candida intra-abdominal, le malade est décédé 12 heures après la mise en route du lavage à la Fungizone*.

V - EVOLUTION DE LA FLORE EN CAS DE LAVAGE PERITONEAL

Nous avons pu regrouper 18 cas où les prélèvements étaient exploitables pour suivre l'évolution de la flore en fonction des antiseptiques employés (Bétadine* et Noxyflex*).

Il semble que le lavage continu avec adjonction d'antibiotique ne soit pas souhaitable (7, 22, 38).

Nous ne serons pas aussi optimistes que certains (6, 16, 20, 22, 25) quant à l'efficacité des 2 produits cités plus haut. Nous n'avons jamais stérilisé de prélèvement après emploi de Noxyflex* et de la Bétadine*.

Pour montrer l'absence d'efficacité des produits nous publions sous forme de tableau les résultats des prélèvements obtenus.

Les 15 malades exploitables étaient lavés avec un antiseptique. Pour comparer, nous publions 2 cas sans lavage abdominal. Nous utiliserons des abréviations pour les germes de façon à en mettre un plus grand nombre sur une même ligne. Chaque ligne comprend tous les germes du prélèvement intra-abdominal (per-opératoire ou du liquide de lavage) en fonction de l'antiseptique et de la durée du lavage. Nous précisons quel produit a été utilisé au cours du lavage per-opératoire. Bien entendu, tous ces malades ont une antibiothérapie adaptée aux germes retrouvés lors des prélèvements bactériologiques per-opératoire.

LISTE DES ABREVIATIONS :

- E. Coli........................... Eschérichia Coli
- S. faec........................... Streptocoque faecalis
- S. vir............................ Streptocoque viridans
- S. hém............................ Streptocoque hémolytique
- St. Au............................ Staphylocoque Auréus (doré)
- St. Epid.......................... Staphylocoque Epidermis
- Kleb.............................. Klebsiella
- Prot.............................. Protéus
- Bact.............................. Bactéroïdes

...

. Pyo......................... Pyocyanique
. Serra....................... Serratia
. Cl. Per..................... Clostridium Perfringens
. Cand........................ Candida Albicans
. Enter. cl................... Enterobacter cloacae
. Acineto..................... Acinetobacter

...

<u>CAS N°1 : DECES</u>							
1) <u>Pus abdominal</u> avant lavage la <u>BETADINE</u>.	E. Coli	+ St. Au	S. faec.	S. hém.	Cl. Per.		
2) 2 jours après <u>pus abdominal</u> sans lavage entre les 2 prélèvements.	E. Coli	St. Au	S. faec.	S. hém.	-		
3) Lavage continu par Schnorchel au NOXYFLEX 4 l/j au bout de 3 jours.	E. Coli	St. Au	S. faec.	-	-		
4) Au 6ème jour de lavage.	E. Coli	St. Au	S. faec.	-	-		
<u>CAS N°4 : GUERI</u>							
1) Prélèvement abdominal.	E. Coli	St. Au					
2) Reprise chirurgicale 11 jours après sans lavage. Lavage per-opératoire au NOXYFLEX.	E. Coli	-					
3) Après 5 jours de lavage NOXYFLEX.	E. Coli	-	S. faec.				
4) après 11 jours de NOXYFLEX.	E. Coli	-	S. faec.				
5) Après 3 jours de lavage par Schnorchel au NOXYFLEX. Lavage per-opératoire au NOXYFLEX.	-	-	S. faec.	Serra.	Pyo.		
6) 2 jours plus tard sans lavage continu (après le lavage précédent per-opératoire au NOXYFLEX).	-	-	-	Serra.	Pyo.	Prot.	

...

CAS N°9 : DECES							
1) Prélèvement abdominal avant un lavage per-opératoire à la BETADINE.	E. Coli	S. faec.	Cand.				
2) Prélèvement abdo. 3 jours plus tard avant installation d'un Schnorchel 6 l/j + 2 NOXYFLEX par litre.	E. Coli	-	Cand.				
3) Après 3 jours de lavage.	E. Coli	-	Cand.				
4) Après 4 jours .	E. Coli	-	Cand.				
CAS N°19 : DECES							
1) Pus de départ.	Prot.	S. faec.					
2) Après 2 jours de BETADINE en lavage.	Prot.	S. faec.	St. Au.				
3) Après 4 jours de BETADINE.	Prot.	S. faec.	St. Au.	Pyo.			
CAS N°22 : GUERISON							
1) Pus abdominal avant installation d'un Schnorchel pour lavage à la BETADINE.	E. Coli	Bact.	Kleb.				
2) Après 6 jours de lavage à la BETADINE.	E. Coli	Bact.	-	St. Au.			
3) Après 10 jours lava. BETADINE	E. Coli	-	Kleb.	St. Au.			
					Suite du cas page suivante		

...

Suite CAS N°22							
4) Après 11 jours de lavage à la BETADINE. Arrêt des lavages.	-	-	Kleb.	St. Au.	S. faec.	Pyo.	
5) Prélèvement abdominal après 2 jours de lavage au DAKIN.	-	-	-	St. Au.	-	Pyo.	Serra.
6) Après 6 jours de DAKIN.	E. Coli	-	Kleb.	St. Au.	S. faec.	Pyo.	-
CAS N°13 : DECES							
1) Pus abdominal avant lavage per-opé. à la BETADINE.	St. Au.	Serra.					
2) Pus abdominal après 2 jours de lavage à la BETADINE.	St. Au.	Serra.	Kleb.	Pyo.	S. faec.		
3) Après 3 jours de lavage au NOXYFLEX.	St. Au.	Serra.	Kleb.	Pyo.	S. faec.		
4) Après 6 jours de NOXYFLEX.	St. Au.	-	Kleb.	Pyo.	S. faec.		
CAS N°29 : GUERI							
1) Pus de départ avant mise d'un Schnorchel pour lavage 0,5 l/j + 1 NOXYFLEX.	Cl. per.	Enter. Cl.	Prot.	Pyo.	S. faec.		
2) 1 jour de lavage au NOXYFLEX.	Cl. per.	Enter. Cl.	Prot.	Pyo.	S. faec.		
3) Après 4 jours de NOXYFLEX, arrêt des lavages.	-	Enter. Cl.	-	-	-		

Suite du cas page suivante

...

Suite CAS N°29							
4) 3 jours plus tard.	-	Enter. Cl.	Prot.	Pyo.	S. faec.		
CAS N°33 : DECES							
1) Pus abdominal.	Prot.	Pyo.	St. Au.	E. Coli	S. faec.		
2) Pus abdominal 2 jours plus tard sans lavage.	Prot.	-	St. Au.	E. Coli	S. faec.		
3) Après 3 jours de lavage au NOXYFLEX : 1 l/j + 4 NOXYFLEX	Prot.	-	-	E. Coli	S. faec.		
4) 2 jours après l'arrêt des lavages.	Prot.	-	-	E. Coli	S. faec.		
5) 5 jours après l'arrêt des lavages.	Prot	-	-	E. Coli	S. faec.		
CAS N°38 : DECES							
1) Pus de départ avant de laisser 2 flacons de NOXYFLEX in situ.	S. faec.	Prot.	Cand.				
2) 2 jours plus tard installation d'un lavage continu.	S. faec.	Prot.	Cand.	Kleb.			
3) Après 3 jours de lavage (1 l + 4 flacons de NOXYFLEX par jour).	S. faec.	Prot.	Cand.	Kleb.	St. Epid.		
4) Après 6 jours de lavage.	S. faec.	Prot.	Cand.				

...

CAS N°45 : DECES							
1) Prélèvement de départ.	S. faec.	E. Coli					
2) Après 3 jours de lavage (2 l/j + 4 flacons NOXYFLEX par jour)	S. faec.	E. Coli	Cand.				
3) 1 jour plus tard.	S. faec.	E. Coli	-	Prot.			
4) Après de 2 jours de lavage RIFOCINE (8 l/j).	S. faec.	E. Coli	Cand.	Prot.			
5) Après 6 jours du même lavage, avant lavage per-opératoire au DAKIN.	S. faec.	E. Coli	-	Prot.			
6) 2 jours plus tard sans lavage.	S. faec.	E. Coli	-	Prot.			
CAS N°47 : DECES							
1) Pus de départ.	S. faec.	Prot.					
2) Après lavage par Schnorchel (1 l/j + 4 flacons NOXYFLEX) Décès le lendemain.	S. faec.	Prot.	Cand.				
DECES N°49 : GUERI							
1) Liquide d'aspiration par un drain.	Prot.	S. faec.	St. Au.	Enter. Cl.			
2) 2 jours plus tard pus abdominal avant lavage per-opératoire au DAKIN.	Prot.	S. faec.	St. Au.	Enter. Cl.			

(Suite du cas page suivante)

Suite du CAS N°49							
3) Après 2 jours de lavage au sérum physiologique simple.	Prot.	-	St. Au.	Enter. Cl.			
4) Prélèvement par Saratoga 8 jours plus tard sans lavage	Prot.	-	-	-	Pyo.	S. Vir.	
5) Pus abdominal 3 jours plus tard.	Prot.	S. faec.	-	-	Pyo.	-	E. Coli
CAS N°52 : GUERI							
1) Pus abdominal avant Schnorchel (1 l/j + NOXYFLEX)	Kleb.	S. faec.	Prot.	Bact.			
2) Prélèvement abdominal avant lavage per-opératoire au DAKIN.	-	S. faec.	Prot.	-	E. Coli		
3) Après 2 jours de lavage au Sérum simple.	PRELEVEMENT PERDU						
4) Après 3 jours de sérum (8 l/j + RIFOCINE).	-	S. faec.	Prot.	-	-	Serra. (résistante à tout)	
5) 1 mois plus tard sans lavage, sous antibiothérapie adaptée : Pyopen Amiklin Tibéral.	-	S. faec.	Prot.	-	E. Coli	-	Cand. alb.

...

CAS N°56 : GUERI							
1) Prélèvement au niveau d'une poche.	E. Coli	Kleb.	Bact.	S. Vir.			
2) Pus abdominal per-opératoire le lendemain avant lavage per opératoire au sérum simple.	E. Coli	Kleb.	Bact.	S. Vir.			
3) Après 2 jours lavage par Schnorchel (1 l + 4 flacons NOXYFLEX).	E. Coli	Kleb.	Bact.	S. Vir.	S. faec.		
4) Après 6 jours lavage au sérum simple.	E. Coli	-	-	-	S. faec.		
5) Prélèvement abdominal 2 jours après.	E. Coli	-	-	S. Vir.	S. faec.	Pyo.	
6) 2 jours plus tard sans lavage, prélèvement d'une poche de drainage.	E. Coli	-	-	-	S. faec.	-	
CAS N°34 : DECES							
1) Prélèvement abdominal avant de laisser 4 flacons de NOXYFLEX in situ.	Cand.	Bact.	E. Coli	S. faec.			
2) Après 4 jours de lavage par Schnorchel 2 l/j + 4 flacons NOXYFLEX par litre.	Cand.	Bact.	E. Coli	S. faec.			
3) Après 6 jours de lavage	-	Bact.	-	S. faec.	Prot.		
4) Après 9 jours de lavage	Cand.	-	E. Coli	S. faec.	-	Acinéto.	

...

CAS SANS LAVAGE							
CAS N°36 : GUERI							
1) Pus abdominal de départ.	Kleb.	E. Coli	Cl. per.	Bact.			
2) 3 jours après prélèvement au niveau d'un Saratoga.	-	E. Coli	-	Bact.	S. faec.		
3) 2 jours plus tard, Saratoga.	-	E. Coli	-	-	S. faec.	Pyo.	
4) 5 jours plus tard, Saratoga	Kleb.	E. Coli	-	-	S. faec.	-	
5) 5 jours plus tard, poche de drainage.	Kleb.	-	-	-	S. faec.	-	Enter. Cl.
CAS N°40 : DECES							
1) Pus abdominal de départ avant lavage per-opératoire au sérum physiologique.	S. faec.	E. Coli	Prot.	St. Au.			
2) Après 2 jours liquide d'aspiration au niveau d'un Saratoga.	S. faec.	E. Coli	Prot.	St. Au.			
3) 3 jours après (Saratoga).	S. faec.	E. Coli	Prot.	St. Au.	Cand.		
4) 6 jours après (Saratoga).	S. faec.	E. Coli	Prot.	-	-	Pyo.	

Donc, sans lavage, des germes apparaîssent, disparaîssent ; ils peuvent réapparaître au cours de l'évolution ; nous retrouvons les mêmes phénomènes dans les cas précédents avec lavage.

REMARQUE

Les performances de la bactériologie doivent être améliorées, elle doit montrer la totalité des germes et non plus un aspect partiel du faciès bactérien, de plus le retard des résultats fait que l'antibiothérapie est toujours en "retard d'une guerre".

Le personnel de laboratoire qui reçoit les prélèvements et également le personnel de bloc opératoire qui doit porter les prélèvements per-opératoires doivent être sensibilisés à ce problème particulier.

Il faut souligner également les résultats catastrophiques ou le plus souvent, l'absence de résultats lorsque les prélèvements sont faits la nuit ou le week-end.

7

TRAITEMENT

CHAPITRE VII : TRAITEMENT

Le traitement de la péritonite post-opératoire a pour but :

- l'éradication du foyer abdominal à l'origine de la péritonite,
- l'installation d'un drainage correct,
- l'éventuel isolement de la paroi surinfectée de la cavité abdominale,
- la réanimation intensive soulageant les fonctions vitales,
- le traitement anti-infectieux.

I - TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il doit être le plus rapidement possible mis en route (4, 18, 29, 31, 34, 36) après l'apparition d'un signe physique, fonctionnel ou général et biologique anormal.

Il doit être ETIOLOGIQUE ; le traitement médical mis en route par le réanimateur sera SYMPTOMATIQUE. Ces 2 traitements sont complémentaires, impliquant une coopération totale entre le réanimateur et le chirurgien.

A) LES INDICATIONS

La réintervention est en général très rapide lorsque le malade présente une symptômatologie abdominale évidente : contracture, arrêt des matières et des gazs, la défense abdominale avec hyperthermie, en revanche, l'insuffisance rénale et respiratoire, les troubles de la conscience, l'ictère, la diarrhée afécale (prise trop souvent pour une reprise du transit), l'hypersécrétion par la sonde gastrique et même la douleur abdominale (attribuée à des douleurs habituelles en post-opératoire), tous ces signes retardent le diagnostic et la décision de réintervention alors que nous avons vu l'importance à intervenir dans les 2 jours au maximum qui suivent un signe anormal.

Le choc septique amène une reprise très souvent mais de façon trop tardive. Nous avons vu que la réintervention doit intervenir avant la 24ème heure pour que les chances de survie soient appréciables.

Nous avons vu qu'aucun malade n'a été réopéré sur une aggravation isolée des paramètres biologiques alors qu'ils précèdent le plus souvent les signes abdominaux et extra-abdominaux.

...

B) SIGNES CLINIQUES DE LA REPRISE *(schéma n°41 page 225)*

Nous avons regroupé tous les signes d'appel pour le diagnostic en indiquant ceux qui ont été déterminants pour le diagnostic, pour toutes les péritonites post-opératoires, donc 91 péritonites post-opératoires (29 récidives) pour 62 cas.

Par ordre décroissant, nous avons :

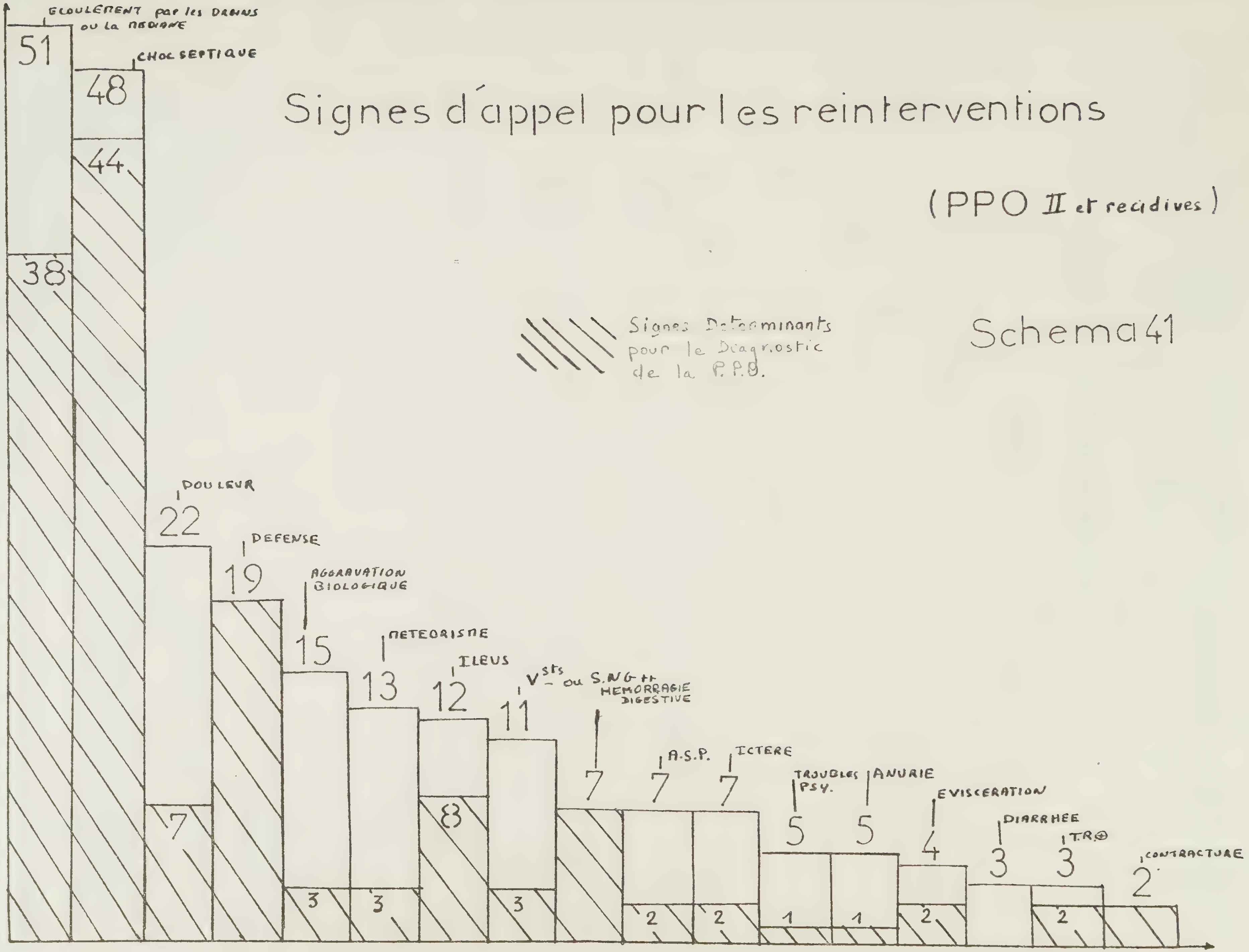
. Issue de liquide par les drains ou la médiane...........................	51 fois dont 38 fois déterminant pour le diagnostic
. Choc septique...........................	48 fois dont 44 fois "
. Douleur.................................	22 fois dont 7 fois "
. Défense.................................	19 fois dont 19 fois "
. Aggravation biologique..................	15 fois dont 3 fois "
. Météorisme..............................	13 fois dont 3 fois "
. Iléus...................................	12 fois dont 8 fois "
. Vomissements ou hypersécrétion..........	11 fois dont 3 fois "
. Hémorragies digestives..................	7 fois dont 7 fois "
. Signes radiologiques....................	7 fois dont 2 fois "
. Ictère..................................	7 fois dont 2 fois "
. Troubles psychiques.....................	5 fois dont 1 fois "
. Anurie..................................	5 fois dont 1 fois "
. Eviscération............................	4 fois dont 2 fois "
. Diarrhée................................	3 fois dont 0 fois "
. Toucher rectal positif..................	3 fois dont 2 fois "
. Contracture.............................	2 fois dont 2 fois "

Donc, le signe d'appel le plus fréquent est l'écoulement par les drains ou la médiane, mais nous avons vu que ce signe nous paraît tardif et est représentatif d'un "trop plein" abdominal, la péritonite sous-jacente évoluant depuis longtemps.

Le signe le plus déterminant pour la réintervention est le choc septique.

La défense abdominale (19 fois), la contracture (2 fois), les hémorragies digestives (7 fois) ont toujours amené la réintervention. N'ont pas été pris en considération : la douleur, le météorisme, l'aggravation biologique et la diarrhée.

...


Signes d'appel pour les reinterventions
(PPO II et recidives)
Schema 41
Signes Determinants pour le Diagnostic de la P.P.O.
ECOULEMENT par les DRAINS ou la MEDIANE
51
38
CHOC SEPTIQUE
48
44
DOULEUR
22
7
DEFENSE
19
AGGRAVATION BIOLOGIQUE
15
3
METEORISME
13
3
ILEUS
12
8
V sts ou S.N.G ++
11
3
HEMORRAGIE DIGESTIVE
7
A.S.P.
7
2
ICTERE
7
2
TROUBLES PSY.
5
1
ANURIE
5
1
EVISCERATION
4
2
DIARRHEE
3
T.R.⊕
3
2
CONTRACTURE
2

Donc, la reprise chirurgicale doit se faire avant que les signes abdominaux soient au premier plan par rapport aux signes généraux biologiques et extra-abdominaux (respiratoires et psychiques).

C) REINTERVENTION POUR PERITONITE POST-OPERATOIRE

1 - *Le délai après l'intervention initiale*

Ce délai est augmenté par le retard au diagnostic. Ce délai peut être supérieur à un mois après la première intervention (4 cas, 2 décès). Le pic de fréquence se situe entre le 10ème et le 15ème jour post-opératoire (16 cas et 11 décès). Du 6ème au 15ème jour post-opératoire, 39 malades (63 %) seront réopérés.

2 - *La voie d'abord*

La laparotomie médiane a été pratiquée 52 fois (84 %), la laparotomie médiane sus-ombilicale 5 fois, la laparotomie médiane sous-ombilicale 3 fois et 2 divers (dont une reprise de pfannenstiel).

Nous avons donc 60 laparotomies médianes (97 %). Cette voie d'abord fait l'unanimité parmi les auteurs consultés (1, 4, 5, 13, 17, 29, 31, 35, 39).

ROUSSON (35) fait très justement remarquer qu'il faut tenir compte de la première incision pour éviter la nécrose partielle de la paroi abdominale.

3 - *Le traitement des lésions*

Il est bien connu que :

. Les sutures et anastomoses en milieu septique sont vouées à la désunion dans plus de la moitié des cas ;
. Les resections au niveau du grêle doivent être larges (35). Elles facilitent le drainage actif et diminuent la surface infectée.
. Il faut insister sur la nécessité d'une exploration abdominale complète sauf si celle-ci doit ensemencer une partie de l'abdomen propre, isolé totalement par un cloisonnement étanche.
. Le geste opératoire doit être complet (ne pas repousser une indication d'iléo-colectomie devant un mauvais état général, nous avons vu un exemple ou ce geste a dû être pratiqué au cours d'une 2ème intervention quelques jours plus tard, dans des conditions hémodynamiques catastrophiques).

...

. Le mauvais état général ne doit pas être une excuse à une non-réintervention d'un malade, parce que :

1) les progrès de l'anesthésie et de la réanimation permettent une reprise chirurgicale sur des malades graves et âgés.

2) Ce mauvais état général est la conséquence du sepsis viscéral et une intervention bien conduite va permettre l'amélioration de l'état général. Nous avons vu en fin d'intervention de nombreuses tensions basses et de nombreuses oligo-anurie résistant à toute thérapeutique, réagir au seul geste opératoire.

3) Dans ces cas désespérés, le geste opératoire est en général demandé par le réanimateur parce que ce malade échappe à toute thérapeutique (ce phénomène est en relation étroite avec le sepsis péritonéal), la réintervention est donc le seul espoir de sauver ces malades.

4) La dernière raison est que les malades âgés de plus de 70 ans sont le plus souvent des malades en mauvais état général et nous avons pu nous rendre compte que les personnes âgées (+ de 60 ans) avaient un meilleur pronostic que par exemple, les malades âgés de 40 à 60 ans.

. Devant une péritonite post-opératoire sans cause apparente alors que le malade a une anastomose faite quelques jours plus tôt (surtout si elle a été pratiquée en milieu septique), nous avons vu que la désunion anastomotique passe inaperçue dans ces cas précis. Il ne faut donc pas hésiter à défaire l'anastomose et mettre à la peau les 2 extrémités, de nombreuses péritonites itératives seront ainsi évitées.

. La mise à la peau : stomie temporaire ou définitive est un geste indispensable dans le traitement chirurgical d'une péritonite post-opératoire. Le principe est toujours bien appliqué pour le colon ; en revanche, les stomies de première intention sur le grêle n'ont pas été assez nombreuses au cours de la première réintervention, souvent il faut avoir recours à ce procédé au cours de réinterventions ultérieures pour péritonites itératives par désunion de sutures digestives sur le grêle faites en milieu septique. VERMYNCK (39) dans sa thèse est un partisan farouche de la stomie digestive.

. En cas de reprise chirurgicale pour péritonite post-opératoire dont l'origine est haute : estomac, duodénum, les stomies sont difficiles à réaliser, les su-

...

tures pratiquées sont vouées à la désunion et à la fistulisation très souvent et pouvent donc être à l'origine de péritonites post-opératoires itératives. La prévention de ces futures désunions peut se faire par un drainage au contact des anastomoses et sutures sur l'estomac et le duodénum qui transformera la désunion en fistule dirigée (évitant ainsi une nouvelle péritonite). VERMYNCK (39) propose également une intubation trans-orificielle de la désunion suturaire.

Toutes ces remarques sont faites à partir de l'analyse des dossiers étudiés.

Les différents gestes pratiqués au cours des 91 réinterventions pour péritonites post-opératoires (29 récidives) ont été (schéma n°41 page 225) :

a) Les stomies (schéma n°42 page 229) :

47 stomies ont été faites (31 décès), 29 au cours de la première péritonite post-opératoire (21 décès) et 18 au cours de récidives (10 décès). Dans le détail, nous avons noté :

. 18 iléostomies (12 décès) dont 10 au cours de la 1ère péritonite et 8 lors de récidives. Sur ces 18 iléostomies, 6 ont été faites pour désunions d'anastomoses.

. 12 colostomies (6 décès) dont 10 ont été pratiquées lors de la 1ère réintervention et 1 pour une récidive de péritonite. Sur les 11, 7 ont été faites pour désunions d'anastomoses et dans un autre cas, le geste était une refection de caecostomie.

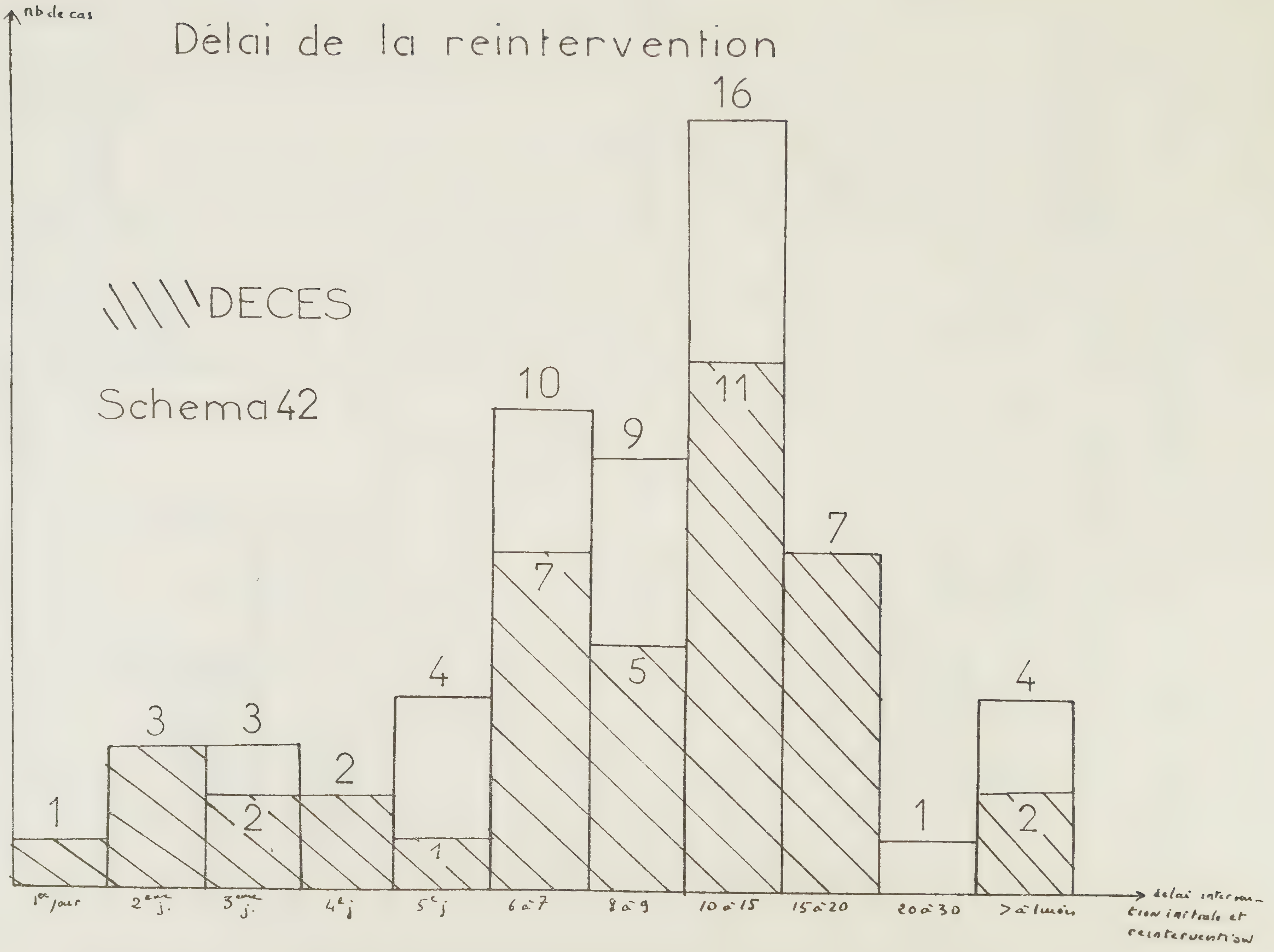
. 9 jéjunostomies (7 décès) qui se décomposent en 5 jéjunostomies simples et 4 jéjunostomies d'alimentation (4 décès).

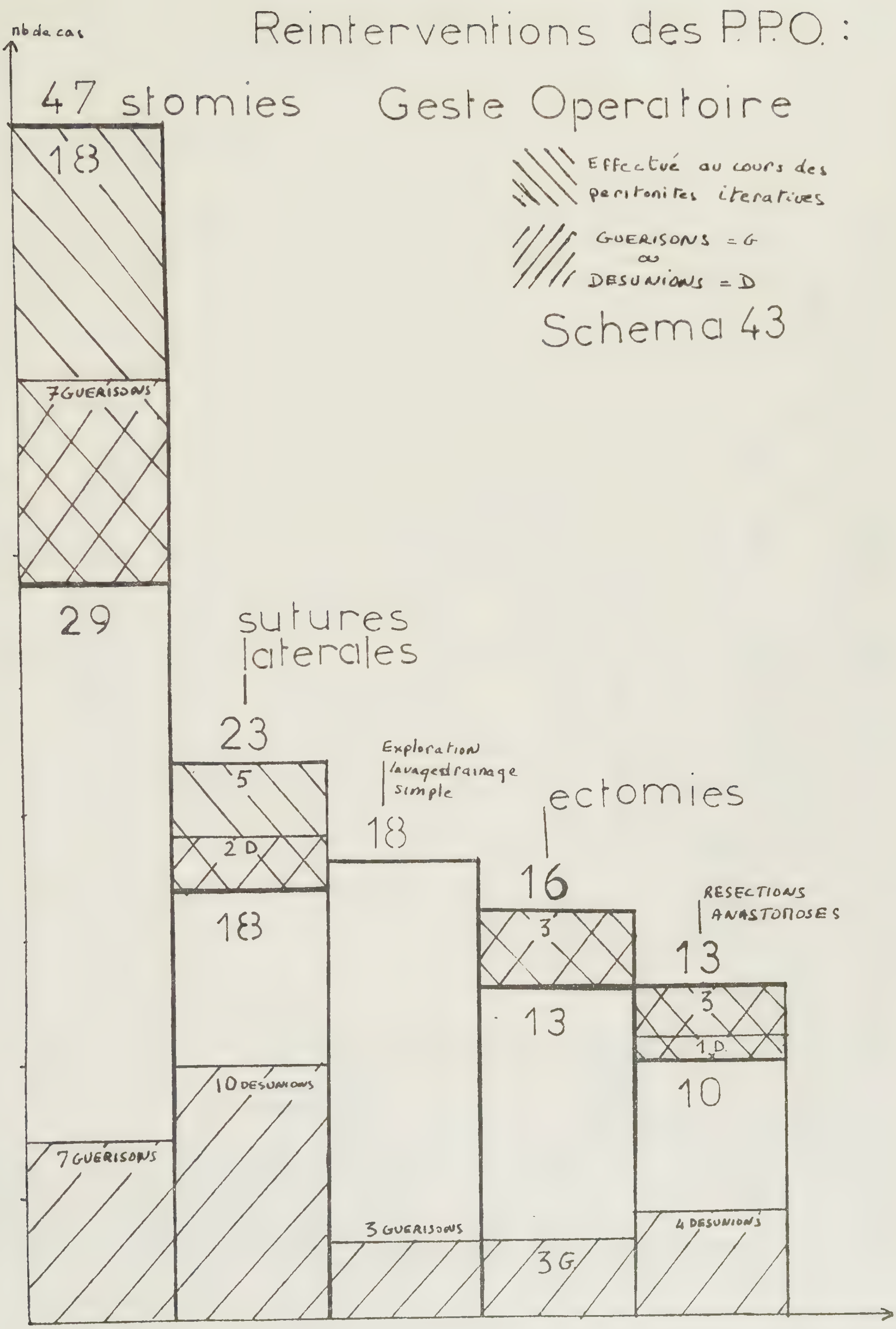
. 3 gastrostomies : 3 décès.
. 3 duodénostomies : 3 décès.
. 1 cholecystostomie et une choledocostomie avec décès dans les 2 cas.

b) Les sutures latérales (voir chapitre V, page 193) :

Sur 23 sutures latérales : 12 désunions.

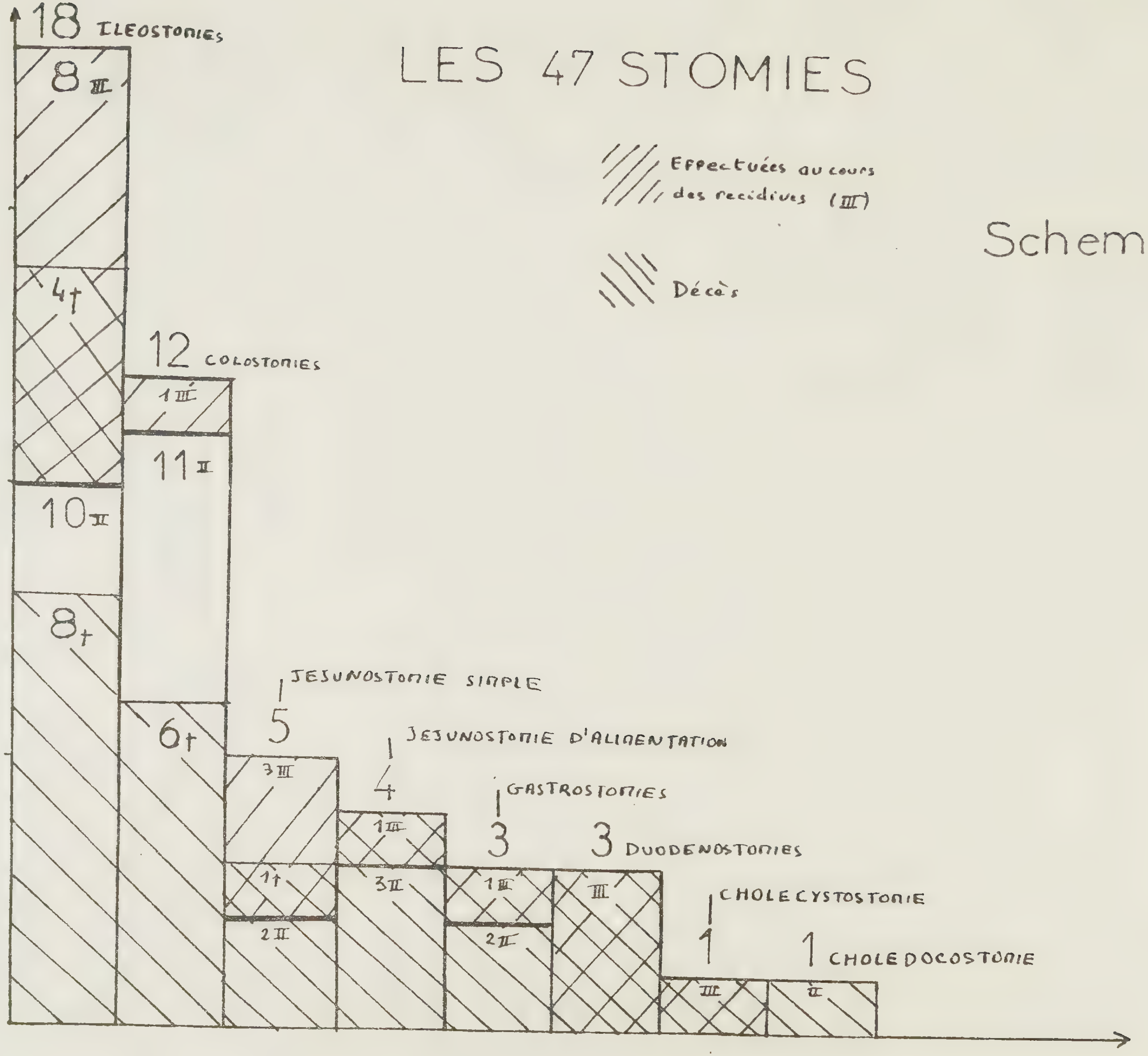
...


nb de cas
Délai de la reintervention
DECES
Schema 42
1
3
3
2
2
4
1
10
7
9
5
16
11
7
1
4
2
1er jour
2ème j.
3ème j.
4e j
5e j
6 à 7
8 à 9
10 à 15
15 à 20
20 à 30
> à 1 mois
délai intervention initiale et reintervention


Reinterventions des P.P.O. :
Geste Operatoire
nb de cas
47 stomies
18
7 GUERISONS
29
7 GUERISONS
Effectué au cours des peritonites iteratives
GUERISONS = G
ou
DESUNIONS = D
Schema 43
sutures laterales
23
5
2 D
18
10 DESUNIONS
Exploration lavage et drainage simple
18
3 GUERISONS
ectomies
16
3
13
3 G
RESECTIONS ANASTOMOSES
13
3
1 D.
10
4 DESUNIONS

LES 47 STOMIES

Schema 44



c) Exploration simple : avec lavage et drainage uniquement

Sur 18 cas, 3 guérisons seulement par méconnaissance des lésions réelles très certainement (désunions suturaires passées inaperçues).

d) Ectomies

16 cas (9 décès) dont 13 au cours de la 1ère réintervention et 3 au cours de péritonites itératives :

- 7 entérectomies,
- 3 splénectomies,
- 1 pancréatectomie,
- 1 colectomie totale,
- 1 colectomie droite,
- 1 gastrectomie totale,
- 1 hystérectomie,
- 1 cholecystectomie.

e) Resections anastomoses (voir chapitre V, page 192)

13 resections anastomoses en tout dont 10 ont été effectuées au cours de la 1ère péritonite post-opératoire avec 4 désunions dans les suites. Ce chiffre faible s'explique par la précocité de la réintervention (chez au moins 3 malades sur les 6 qui n'ont pas eu de désunion) moins de 6 heures après le premier signe anormal qui en plus était très bruyant : douleur violente avec défense expliquant la rapidité de la réintervention.

L'entérotomie de vidange est à proscrire chez ces malades, de même que les opérations de Noble ou Childs (39). La technique opératoire des stomies et des sutures digestives doit être rigoureuse. ZYBINA (40) a trouvé, au cours d'autopsies faites pour décès par péritonites post-opératoires, dans la chirurgie du cancer rectal, un tiers d'erreurs techniques à l'origine des péritonites.

4 - Lavage péritonéal

Il doit être abondant et soigneux pour laisser une cavité péritonéale propre avec ablation des fausses membranes.

...

Notre étude sur la bactériologie a montré que l'adjonction de produits divers est totalement inutile.

Dans notre série, tous les malades ont eu un lavage per-opératoire et sur 29 cas précisés :

. Noxyflex......... 15 fois
. Bétadine......... 6 fois
. Sérum salé simple 4 fois
. Dakin............ 3 fois
. Tyfomicine....... 1 fois

5 - *Le drainage*

Ont été utilisés :

. Drains passifs : lames multitubulées de Yeats,
. Drains actifs aspiratifs : drains de Saratoga très souvent, drains de Shirley moins souvent (on a l'impression qu'ils se bouchent plus facilement).

Ces 2 types de drains sont couplés, réalisant un drainage multiple actif et sont placés en différents points de la cavité péritonéale, ressortant par des contre-incisions et non pas par l'incision médiane (schéma n°2 page 103).

6 - *La fermeture pariétale*

Tout réopéré est un éviscéré en puissance (ROUSSON 35).

4 types de fermetures pariétales :

a) Idéale : la fermeture idéale a peu d'indication sauf dans les péritonites post-opératoires à ventre "vierge" donc de cause extra-digestive (nécrose vésiculaire par exemple).

b) protégée : la fermeture protégée vise à mettre la suture, à l'abri d'une réinoculation, à partir du péritoine ou du tissu celluleux pré-pariétal. La suture est séparée des viscères par une lame de drainage multitubulée ressortant par une extrémité de la plaie. On réalise donc un drainage de la médiane et non pas un drainage de l'abdomen par la médiane. La peau est laissée ouverte. Le soutien, en cas de mise en tension de la paroi, est assuré par de gros points totaux au fil de bronze sans les serrer et extra-péritonisés. Ils sont avanta-

...

geusement remplacés actuellement par des fils d'appui encadrés, peu serrés, extra-péritonisés dont le Ventrofil* représente une fabrication industrielle intéressante ; en revanche, les ponts transversaux en matière plastique nous ont paru détestables. Sur le plan aponévrotique, notre tendance actuelle à utiliser un surjet au gros fil synthétique résorbable (Ercedex n°5 serti) ne nous a pas apporté de déception ; le surjet est modérément serré, stoppé tous les 5 points par prudence, réalisant une bonne répartition des tensions. Les reproches théoriques qui peuvent être faits à cette technique ne correspondent pas au résultat clinique comme cela a déjà été montré à une réunion du G.R.E.P.A. de Toulouse en 1980.

c) la fermeture par glissement cutané : Proposée par LOYGUE et LEVY permet de réaliser la couverture cutanée de la masse viscérale. Deux longues contre-incisions des flancs débordent la paroi thoracique en incisant le premier plan aponévrotique et permet de faire glisser les berges de la laparotomie au contact l'une de l'autre sans tension excessive, même en cas de perte de substance pariétale importante. Les vastes plaies latérales semi-lunaires qui en résultent sont laissées à leur évolution spontanée, qui peut être rapidement favorable sans greffe cutanée. La présence de drainages, voire de stomies à ce niveau peut être une gène mais sur ces plaies largement ouvertes, le risque de surinfection paraît minime.

Nous ne croyons pas à une vertu un peu mythique du péritoine clos par rapport au péritoine ouvert. N'oublions pas que dans bien des cas, les chirurgiens sont réintervenus sur des péritoines déjà fermés à plusieurs reprises. Ce que nous avons déjà dit de la maladie autonome du péritoine, persistant après traitement même correct de sa cause, fait que nous pensons qu'il ne faut pas fermer systématiquement et à tout prix, dans tous les cas. Il s'agit pourtant d'une excellente méthode secondaire précoce de nature à éviter les ulcérations exposées du grêle, souvent favorisées par des ectasies considérables des viscères qui ne sont plus contenus par la résistance pariétale.

d) la non-fermeture pariétale (laparostomie, coeliostomie, Schnorchel) : L'absence de fermeture est l'application à la paroi abdominale d'une règle générale dans la chirurgie des tissus profondément infectés. Les procédés en sont nombreux : jupe plastique, couverture par Lyomousse, par treillis de Ligalène ; on propose actuellement des treillis d'acide polyglycolique qui permettraient le bourgeonnement et disparaîtraient à point nommé lorsque l'heure des greffes serait venu. Ces méthodes très valables permettent un regard répété sur la paroi, la cavité péritonéale et son contenu.

...

e) le SCHNORCHEL : Nous ne ferons pas une description détaillée de ce dispositif, celle-ci a déjà été faite à plusieurs reprises (5, 28, 35). Nous rappelons simplement qu'il s'agit du procédé mis au point par le Professeur NEIDHARDT de la "jupe plastique retournée" du type "wound protector" dont l'anneau semi rigide est glissé sous la paroi. La jupe plastique relevée est mise autour d'une tubulure qui amène le liquide de lavage ; 500 g de traction permettent une bonne adhérence de l'anneau au plan profond de la paroi.

Ce qui est important dans ce procédé c'est son utilisation à bon escient. Ce n'est pas le traitement de toutes les péritonites post-opératoires, et sur une péritonite dépassée, il ne faut pas attendre des "miracles".

Son indication la meilleure est la surinfection de paroi grave. Ce procédé permet d'isoler la paroi de la cavité péritonéale, évitant une réinoculation permanente à partir de la pariétite (qui est à l'origine de la péritonite ou bien une conséquence de celle-ci par contiguité).

Les autres indications sont plus rares :

. Les péritonites invétérées qui nécessitent des réinterventions fréquentes pour lavage péritonéal, ces péritonites ayant récidivé malgré la fermeture et le traitement correct des lésions.

. Les péritonites opérées où la vitalité des anses grêles était douteuse, la transparence (partielle) de la jupe plastique permet une surveillance des viscères pouvant être à l'origine d'une autre complication (la surveillance d'une vésicule qui peut s'avérer en voie de nécrose fait partie de cette indication).

Ce procédé est révisé chirurgicalement toutes les 48 heures, si la cavité abdominale est propre, il est remplacé par une plaque de Lyomousse. FAGNIEZ (10) et HAY (19) utilisent la Lyomousse en première intention dans les péritonites gravissimes. GUIVARCH (17) préfère une fermeture pariétale étanche, immédiate avec 2 contre-incisions latérales facilitant cette fermeture.

Secondairement, la plaque de Lyomousse est enlevée, le chirurgien referme la paroi, la cure d'éventration séquellaire se fait quelques mois plus tard.

Sur 30 dispositifs SCHNORCHEL, nous n'avons que 8 guérisons !

...

Il n'y a donc pas selon nous de recette standard mais des possibilités qu'il appartient au chirurgien et à lui seul d'appliquer en fonction des constatations opératoires locales.

Si un procédé de fermeture à été choisi, nous pensons utile d'y ajouter une résille élastique collée selon la technique de GUIVARCH. Elle ne réduit pas statistiquement le nombre des éviscérations mais au moins les réduit à des formes couvertes ou adhérentes.

7 - *Le problème du lavage péritonéal continu*

Au début de son utilisation, le lavage continu apparaissait comme un traitement efficace ; d'après notre étude son efficacité réelle est mise en doute pour plusieurs raisons :

. Première raison : Nous avons vu que rapidement les lavages avaient des trajets préférentiels entre les drains, une grande partie de l'abdomen est alors exclue du drainage, d'autre part, les lavages à grand débit ne peuvent éviter les cloisonnements qui se produisent obligatoirement.

. Deuxième raison : Nous avons pu constater l'absence totale d'efficacité des produits utilisés en lavage ; les antibiotiques n'ont également pas d'efficacité en lavage et sont même déconseillés par certains (38).

. Troisième raison : Dans notre série de 62 cas, nous avons :

33 cas avec lavage post-opératoire, 23 décès : 69 %
29 cas sans lavage post-opératoire, 18 décès : 62 %

Donc, moins de décès dans le groupe sans lavage continu.

Il faut que d'autres études soient faites pour confirmer ou infirmer ces résultats. De plus, quand un dispositif Schnorchel est mis en place, nous faisons un mini lavage : 0,5 litre par jour, le plus souvent et sans ajouter d'antiseptique. Cela permet d'humidifier les viscères uniquement.

. Quatrième raison : Dans les cas "dépassés" où la péritonite évolutive est due à une véritable maladie autonome du péritoine entretenant le sepsis, le lavage ne fait que laver "la partie visible de l'iceberg".

...

Le lavage continu n'est intéressant que dans les cas où la cavité abcédée est limitée parfaitement et est indépendante du grand ventre (abcès sous-phrénique ou du Douglas isolé). Ces cas n'intéressent donc pas les péritonites aigues généralisées.

Dans notre série, nous avons noté 33 lavages continus dont :

30 par un dispositif Schnorchel, 22 décès,
3 par redons, 2 décès.

Les différents liquides de lavage utilisés étaient :

. Noxyflex...............	20 fois...........	15 décès
. Bétadine...............	12 fois...........	9 décès
. Sérum physiologique simple.................	7 fois...........	4 décès
. Rifocine...............	2 fois...........	1 décès
. Gentalline.............	1 fois...........	1 décès
. Dakin..................	1 fois...........	1 décès
. Non précisé............	3 fois...........	3 décès

Il faut remarquer que chez certains malades plusieurs sortes de produits ont été utilisés.

II - LE TRAITEMENT MEDICAL

A) CORRECTION DES TROUBLES METABOLIQUES : BOULETREAU (2, 3)

1 - L'alimentation parentérale

L'alimentation parentérale correcte est essentielle. Elle doit compenser les pertes azotées importantes (1,2 à 1,8 kg de tissu protéique par jour soit 20 à 30 g d'azote par jour) sinon il se produit un catabolisme portant d'abord sur les protéines sanguines, le foie, la muqueuse intestinale avant d'intéresser le tissu musculaire.

L'apport se fait par des solutés d'acides aminés équilibrés. Chez l'insuffisant rénal, l'apport azoté est limité aux acides aminés essentiels. Les solutés lipidiques et glucoses permettent d'apporter parallèlement l'apport calorique indispensable (200 calories par g d'azote). Secondairement, l'alimentation entérale par nutri-pompe pourra se faire avec, dans quelques cas parti-

...

culiers, la réinstillation du liquide digestif, pris dans une stomie d'amont haut située sur le tube digestif, (duodénum) dans une stomie d'aval.

2 - *L'insuffisance rénale*

L'hémodialyse sera nécessaire parfois (100 % de décès dans ce cas précis), les diurétiques, la Dopamine et la réintervention font partie de ce traitement.

3 - *L'intolérance glucidique*

Deux sortes de traitement :

. Apport d'acides aminés avec aucun apport glucidique ou bien au contraire correction par apport glucidique massif.
. La résistance à l'Insuline est importante.

B) TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Il doit être adapté à l'antibiogramme fait sur la bactériologie du liquide abdominal, des hémocultures et d'autres prélèvements divers.

Les germes anaérobies (le Bactéroïde fragilis prédomine nettement) n'ont pas un mauvais pronostic dans notre série, leur présence dans le liquide péritonéal et dans les hémoculutures n'est absolument pas un facteur aggravant, la prévention systématique de l'infection à anaérobies ne change absolument rien au pronostic, on peut même se demander si elle est souhaitable pour plusieurs raisons :

. MARZE (24) a montré dans sa thèse que la prévention des septicémies à Bactéroïdes au cours des péritonites post-opératoires par les nitroimidazoles ne diminuait pas la mortalité malgré la quasi-disparition des septicémies à bactéroïdes.

. MONROZIES (26) montre que l'antibiothérapie préventive sur la flore colique faisait disparaître les anaérobies mais cette disparition favorise le développement de germes aérobies (avec des résistances antibiotiques).

. Les germes anaérobies réagissent très bien aux nitroimidazoles et donc toute surinfection à bactéroïdes en particulier est très rapidement jugulée sans problème.

...

L'abandon de l'antibiothérapie préventive contre les anaérobies permettrait peut-être d'empêcher une flore aérobie très pathogène de se développer. La question est à poser !

C) LE TRAITEMENT DU CHOC

Il fait appel au remplissage vasculaire, aux drogues vaso-actives : la Dopamine, la Dobutamine plus récente, l'isoprotérénol moins souvent. Les digitaliques sont souvent insuffisants.

D) LE TRAITEMENT DES HEMORRAGIES DIGESTIVES

Nous avons noté 33 hématémèses ou mélénas dont 18 cas étaient des hémorragies du stress de façon indiscutable.

Sur ces 18 cas, nous avons noté 12 réopérés pour ulcère de stress (1 malade sur 12 est décédé avant la réintervention) dont 4 ulcères perforés (sous Cimétidine 1 cas, sous Sulpiride 2 cas). 5 malades ont récidivé un ulcère non perforé alors qu'ils étaient traités au Tagamet* en continu, 3 malades ont récidivé sous Sulpiride.

Nous posons le problème de l'efficacite de ces produits sur la prévention des ulcères de stress. Deux auteurs, MARTIN (23) et STOTHERT (37) ont démontré que l'utilisation des anti-acides pour maintenir un PH gastrique au-dessus de 4, était plus efficace (et moins couteux) que la Cimétidine.

MARTIN montre un fait important : un malade en état de stress dont le PH gastrique ne peut être maintenu au-dessus de 4 malgré la thérapeutique (cimétidine + anti-acide en continu) doit être suspecté d'infection latente.

Si cette notion se confirme par d'autres études très simples à réaliser (mesure du PH gastrique toutes les 2 heures chez les malades porteurs d'une sonde gastrique, hospitalisés pour péritonite post-opératoire), la mesure de ce PH pourrait être intégrée facilement dans la surveillance de routine (tension, pouls, température, diurèse) et permettrait la prévention des hémorragies digestives de stress et d'autre part, pourrait attirer l'attention du réanimateur sur l'apparition d'une suppuration profonde.

Nous avons 2 malades chez qui la réopération pour hématémèses graves a permis de découvrir une péritonite dès le début (cette coïncidence n'en était peut-être pas une !).

...

E) LE DEFICIT IMMUNITAIRE

Il existe chez tous ces malades un déficit immunitaire cellulaire (12) qui, s'il devient trop important entraîne une septicité mortelle (résistance à toute thérapeutique connue) par effondrement des défenses du malade contre les agents infectieux.

POLAZHINETS (33) parle d'auto-immunisation contre les propres tissus du malade détruits par l'infection péritonéale, la "désensibilisation" par réintervention pour enlever ces tissus nécrotiques est alors indispensable.

Nous pensons que le traitement immunitaire stimulant devra faire partie du traitement de ces malades à l'avenir.

F) ETUDE PARTICULIERE DES GUERISONS

Nous voulons en étudiant ces 20 cas de guérisons voir ce qui a été déterminant ou favorisant pour la guérison.

1 - Age : de 13 à 73 ans, moyenne : 41,6 ans

. 0 à 20 ans : 2 cas
. 20 à 40 ans : 10 cas
. 40 à 60 ans : 3 cas
. + de 60 ans : 5 cas

Le quart de ces malades a plus de 60 ans ! Donc, il ne faut pas baisser les bras devant un malade âgé.

2 - Durée d'hospitalisation

. De 10 jours à 10 mois, en moyenne : 3,4 mois
. 3 malades sont restés hospitalisés plus de 6 mois.

3 - Délai du diagnostic

. 9 malades sur les 20 ont été réopérés moins de 24 heures après l'apparition d'un signe anormal.
. 19 sur les 20 malades ont été réopérés dans les 48 premières heures après l'apparition du 1er signe anormal.

...

4 - *Facteurs favorisants (pour la guérison rapide)*

. Les péritonites à abcès multiples (traitées par lavages continus) dans 6 cas.
. Les péritonites sans cause et sans lésion viscérale antérieure (il s'agirait plus de péritonites par contamination per-opératoire au cours de l'intervention initiale).
. L'absence d'insuffisance rénale (dans 10 cas sur les 20).
. Chez 3 malades, la péritonite a été découverte par hasard (2 hémorragies digestives graves et une ischémie des membres inférieurs).

5 - *Le traitement*

. Par drainage multiple aspiratif, 17 fois.

. Par Schnorchel en cas de suppuration pariétale évitant la réinoculation perpétuelle du péritoine sous-jacent.

Sur 15 cas de chirurgie digestive :

. 7 malades sur 15 ont eu une stomie immédiate.

. Les 8 autres malades ont eu une nouvelle anastomose ou une suture latérale : 3 vont guérir, 2 vont fistuliser rapidement, 3 désunions vont nécessiter une stomie secondaire.

. Chez 10 malades, 1 stomie a été pratiquée.

En conclusion, nous pouvons dire que pour guérir ces malaldes il faut au minimum :

. Un diagnostic précoce,
. Les resections seront larges,
. Les stomies seront systématiques et immédiates,
. Le drainage est multiple actif associé parfois au Schnorchel,
. Traitement médical adapté (correction des troubles métaboliques).

REMARQUE : aucun des 62 malades n'a présenté de gangrène gazeuse de paroi.

G) RESULTATS

Nous avons donc une mortalité de 67,7 % dans notre série ; ROUSSON en avait 74 %. Le gain sur environ 4 ans est très faible.

...

Nous avons trouvé dans la littérature :

. 45 % pour BRUN (4) qui cite les chiffres de 70 % à l'Hôpital H. MONDOR (CRETEIL) ; 75 % à l'Hôpital NORD de MARSEILLE ; 79 % à l'Hôpital BEAUJON à DIJON.

. MANELLI (21) a 85 % de décès, GUIVARCH (17) a 68 % de décès

III - PROCES

Nous avons relevé 2 cas de procès (observations n°12 et 39). Ce chiffre sera très certainement en augmentation dans les années à venir.

Les causes de ces procès sont les mêmes que pour les procès intentés habituellement en chirurgie, c'est-à-dire le retard au diagnostic (observation n°12) et l'erreur de diagnostic (observation n°39).

Un cas plus récent, qui n'est pas dans cette thèse, s'est terminé par un procès dont le retard au diagnostic est le reproche fait au chirurgien.

Les chirurgiens sont condamnés lorsqu'ils n'ont pas pris en considération la plainte du malade et de la famille, qui a toujours raison si elle avertit le chirurgien qu'un phénomène anormal se produit et si le chirurgien ne prend pas au sérieux la plainte,par optimisme déraisonnable devant des remarques faites par les malades ou les familles qui n'appartiennent pas au corps médical.

L'absence de vérification de l'abdomen ou l'examen sommaire de routine ne permet pas de faire le diagnostic (qui sera fait avec retard) ou fait faire une erreur de diagnostic.

Les familles ou le malade s'il survit, pardonnent de moins en moins cette attitude désinvolte et optimiste ; les procès intentés contre les chirurgiens concernés seront alors beaucoup plus nombreux.

IV - PERSPECTIVES D'AVENIR

Le nombre des péritonites post-opératoires traité dans le service n'est pas en augmentation. ROUSSON prévoyait le contraire. Il semble que certaines péritonites sont traitées par les chirurgiens alors qu'il y a quelques années, n'étant pas sensibilisés à ce problème, ils envoyaient tous leurs malades

...

dans les C.H.U. (plus de la moitié des malades sont vus dans le service en "seconde main").

Les services spécialisés dans ce genre de problème vont donc voir des malades de plus en plus graves, la réanimation actuelle permet de maintenir ces cas qui seraient morts avant la réintervention. Les problèmes posés par ces malades seront de plus en plus difficiles, il faut donc que le chirurgien et le réanimateur s'adaptent à ces malades d'un type particulier. De nombreux progrès dans tous les domaines sont indispensables pour espérer diminuer de façon sensible la mortalité de ces malades ; aussi, nous allons proposer quelques points particuliers à développer et à étudier :

1 - *Redéfinir la symptômatologie pour le diagnostic des P.P.O.*

Les symptômes de la péritonite initiale ne sont absolument pas adaptés à la péritonite post-opératoire. Ils entraînent un diagnostic et une réintervention trop tardifs alors que nous avons démontré que le délai du diagnostic est un point capital qui permettra une amélioration sensible du nombre des survies. Le chirurgien devra de plus en plus réopérer des malades sur des troubles biologiques et des difficultés de réanimation isolés, la crainte d'une laparotomie blanche ne doit pas être un obstacle. Il faut une coopération totale entre le chirurgien et le réanimateur puisque c'est ce dernier qui va alerter le chirurgien.

Cette symptômatologie ne peut se faire que sur des séries importantes de malades, il faut donc que les différents services spécialisés collaborent étroitement à l'avenir (le Congrès de Chirurgie de 1982 qui traitera de ce sujet sera déterminant). Les travaux de FAGNIEZ (11) forment une base de travail très intéressante.

2 - *L'antibiothérapie*

L'antibiothérapie actuelle n'est absolument pas satisfaisante, il faut rechercher de nouveaux antibiotiques dont la pénétration tissulaire (au niveau du péritoine) sera beaucoup plus importante (il semble que les nouvelles générations de céphalosporines représentent un début de réponse.

Les performances de la bactériologie sur les prélèvements de liquide abdominal sont à améliorer de façon significative et urgente sinon les nombreux antibiotiques seront en permanence "en retard d'une guerre".

...

3 - *Développement de la recherche*

Il faut développer la recherche sur la stimulation des défenses immunitaires qui sont effondrées chez ces malades.

4 - *L'étude du PH gastrique*

L'étude du PH gastrique et la prévention des ulcères de stress et des hémorragies digestives chez ces malades est à développer (voir page 239).

5 - *Les troubles métaboliques*

La meilleure connaissance et donc la correction des troubles métaboliques intenses que présentent ces malades ne peut être que bénéfique (par exemple : l'intolérance au glucose que nous avons développée longuement).

6 - *Les antiseptiques*

Il faut également trouver de nouveaux antiseptiques plus efficaces pour les lavages continus en intra-péritonéal.

7 - *Débit cellulaire diarrhéique*

L 'étude du débit cellulaire diarrhéique (BRUN, LEVY 4) par minute est une technique simple qui nous paraît intéressante pour le diagnostic précoce de suppuration profonde. Cette technique (en cas de diarrhée chez le malade) devrait être développée dans le service.

Une autre technique (BRUN, LEVY 4) intéressante, est l'étude d'un débit chloré gastrique (en dehors d'une hémorragie digestive) : lorsque le débit chloré est supérieur à 120 mEq/24 heures il serait révélateur d'une complication septique intra-péritonéale.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

L'étude de 62 péritonites post-opératoires aigues généralisées nous permet de conclure :

1 - LEUR FREQUENCE est difficile a déterminer (1,35 % environ)

. Leur origine est post-traumatique dans 19 % des cas (après splénectomie dans 1/3 des cas puis intervient la chirurgie colique post-opératoire).

. L'origine est non traumatique dans 81 % des cas : après chirurgie colique le plus souvent puis vient la chirurgie gastrique et duodénale, ensuite vient la chirurgie du grêle. En revanche, l'origine post-appendicectomie est peu fréquente dans cette série (3 cas) alors qu'elle prédominait nettement dans la précédente série étudiée par ROUSSON (35).

. Les hommes représentent 63 % des cas alors que les femmes sont moins nombreuses (37 % des cas).

. Dans 3 cas au cours de l'intervention initiale un défaut d'exploration intra-abdominal va être à l'origine de la péritonite post-opératoire.

2 - LES CAUSES DE LA PERITONITE

. Le lâchage de suture est la cause la plus fréquente (45 % des causes) portant surtout sur le grêle (20 fois sur les 45 lâchages de sutures) puis vient la perforation d'organes (20 % des causes) prédominant encore sur le grêle.

. Dans 1 cas sur 10, la cause n'a pu être retrouvée lors de la réintervention mais il faut souligner le fait que dans quelques cas, il s'agissait d'un lâchage de suture méconnu qui va se révéler dans les jours suivants par une récidive de la péritonite post-opératoire.

. Nous avons dans la série 29 récidives de péritonites.

. Nous avons retrouvé 101 causes pour les 91 péritonites post-opératoires pour donc 62 cas.

...

. Le liquide péritonéal est le plus souvent purulent avec des fausses membranes associées fréquemment.

. Les germes retrouvés dans le liquide intra-péritonéal sont très divers : l'Eschérichia Coli et le Streptocoque faecalis sont les plus fréquents. Les germes anaérobies (Bactéroïdes fragilis surtout) sont peu nombreux par insuffisance technique très probablement.

3 - DU POINT DE VUE CLINIQUE

La fièvre et l'insuffisance rénale sont très fréquentes ainsi que le choc septique, l'insuffisance respiratoire. Les signes fonctionnels sont plus rares, en particulier la douleur abdominale, la diarrhée, l'hypersécrétion par la sonde gastrique et l'iléus.

. L'association choc et insuffisance rénale se voit dans 40 % des cas.

. Au cours de l'évolution un écoulement anormal par les drains ou la médiane existe dans 52 % des cas, ce signe amène très souvent une reprise chirurgicale alors que d'autres signes l'ont précédée et auraient pu amener une reprise chirurgicale plus précoce.

4 - LES SIGNES PRECOCES

Les signes précoces de sepsis péritonéal chez un opéré récent étaient : le collapsus (30 % des cas) puis l'hyperthermie (24 % des cas) puis l'iléus ; en revanche, la contracture est très rare (2 cas).

5 - LE PRONOSTIC : 32,3 % de guérisons dans la série

. Pas de survie chez les hémodialysés (15 cas).

. Le délai entre l'apparition du premier signe anormal et le diagnostic est essentiel : 69 % de guérisons si le diagnostic (et donc la réintervention) est fait le premier jour, pas de survie si le délai du diagnostic est supérieur à 3 jours.

. L'âge avancé n'aggrave pas le pronostic : 29 % de guérison chez les plus de 70 ans.

...

. Après 40 ans, nous avons 100 % de décès pour les P.P.O. dont l'origine est la chirurgie post-traumatique.

. Nous avons 100 % de décès dans le groupe des malades chez qui l'intervention initiale portait sur l'estomac ou le duodénum.

6 - LE TRAITEMENT

. Doit être chirurgical d'abord puis médical.

. La voie d'abord est médiane, il faut rejeter toute suture digestive en milieu septique (contrairement à ce que pensait ROUSSON (35), la suture digestive latérale faite dans le pus ne tient pas mieux qu'une resection anastomose) ; les entérotomies de vidange sont à proscrire, les stomies de première intention sont préférables. L'exploration abdominale doit être complète.

Le drainage est multiple et aspiratif le plus souvent, associant les drains de Saratoga et les lames multitubulées. Le lavage continu post-opératoire nous paraît inefficace ainsi que l'adjonction de produits antiseptiques (Noxyflex*, Bétadine*) qui ne stérilisent aucun prélèvement dans notre série.

Le Schnorchel qui est le procédé de drainage à ventre ouvert par jupe plastique est efficace quand il s'agit d'isoler une paroi surinfectée de la cavité péritonéale, l'infection pariétale réinoculant en permanence le péritoine. Il faut souligner le fait que ce procédé ne doit pas être le traitement de toutes les péritonites post-opératoires, les indications sont précisées dans cette étude.

La paroi est également très souvent fermée en monoplan, peau ouverte, une lame sous-pariétale séparant la paroi des masses viscérales (réalisant un véritable drainage de la paroi). Le soutien de la paroi est avantageusement assuré par des fils d'appui en cadre, peu serrés, extra-péritonisés au Ventrofil*.

Le traitement médical assure un soutien des grandes fonctions vitales de l'organisme. La prévention des hémorragies digestives du stress par la Cimétidine et le Sulpuride a été décevante dans cette série.

...

CONCLUSIONS

L'élément déterminant pour l'amélioration du pronostic (67,7 % de décès dans notre série contre 74 % dans la série précédente de ROUSSON) est la précocité du diagnostic et donc du traitement chirurgical. Il faut donc réopérer ces malades sur des signes différents des signes abdominaux traditionnels de la péritonite. Les signes généraux graves doivent amener plus souvent une réintervention sans attendre l'apparition des signes abdominaux tardifs (écoulement par les drains ou la cicatrice).

Il faut étudier de nouveaux antibiotiques dont la pénétration intratissulaire serait meilleure, la stimulation des défenses immunitaires (immunité cellulaire) qui semble s'effondrer rapidement chez de nombreux malades permettra peut-être d'améliorer le pronostic catastrophique de cette complication post-opératoire.

'0'

Le Président de la Thèse,

R. Neidhardt

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine Alexis Carrel,

Vu et Permis d'Imprimer

LYON, le 30 AVR. 1981

Pour Le Président de l'Université, le 1er Vice Président Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales,

Professeur R. MORNEX

Professeur ~~XXXXXXXXXX~~ R. MORNEX

B I B L I O G R A P H I E

Elle comprend les citations fournies par l'ordinateur MEDLARS II : BACK 77/78 et MEDLINE 79/80. Les références concernant les péritonites chimiques induites par la poudre de gant et les articles qui n'ont pas été consultés ont été exclus de cette liste. Les références étrangères non consultées mais qui comprenaient un résumé en anglais ont été conservées. Nous avons rajouté quelques références en français. Le mot bibliographie rajouté à une référence indique que celle-ci reporte à une liste importante pouvant être consultée par le lecteur intéressé.

- 1 - BAROIS A., BOUSQUET R., GROSBOIS S., MARGENT P., LIENHART A.
Appendicites et réanimation.
Réanimation et méd. d'urgence 1976 pp 149-174 (bibliographie).

- 2 - BOULETREAU P.
Aspects médicaux de la réanimation des péritonites aigues généralisées post-opératoires.
A.F.C. Actualités chirurgicales 79ème Congrès Français de Chirurgie 1978 pp 150-155.

- 3 - BOULETREAU P., PAGE Y., DELAFOSSE B.
L'intolérance glucidique post-agressive.
Anesth. Analgésie et réanimation - à paraître.

- 4 - BRUN J.-C., AIGRAIN Y., LEVY E. et PARC R.
Péritonites post-opératoires
Chir. viscérale, I (1), pp 83-103 - octobre 1978.

- 5 - COMTE L.
Péritonites post-opératoires gravissimes. Nouvelle approche physio-pathologique et thérapeutique : la coeliostomie.
THESE Médecine - Montpellier n°211 - juin 1979 (bibliographie).

- 6 - DUPRE A., CARPENTIER F., GUIGNIER M. et PERALTA J.-L.
L'irrigation, lavage du péritoine à la polyvinyl-pyrrolidone iodée dans les péritonites aigues généralisées.
Ann. Anesth. franç., 20 (2) 1979.

...

- 7 - ECKERT P.
Post operative peritonitis intra peritoneal lavage with antibiotic.
Langenbeks Ach. Chir. Nov. 1978, 347 pp 419-23 (Allemand).

- 8 - EISELE R., ATHANASIADIS D., DISSMANN W., NASSERI M, THINNE W.
Post-operative peritonitis. A contribution on diagnosis (Allemand).
Chirurg. Juin 1978, 49 (6) pp 355-361.

- 9 - ERLINGER S., PRANDI D.
Ictères post-opératoires.
Nouv. presse Méd., Mai 1975, 4 (22) pp 1 651- 1 653.

- 10 - FAGNIEZ P.L., HAY J.M., REGNIER B., RENAUD J.
La laparotomie : une technique d'exception dans le traitement des péritonites "dépassées".
Concours Méd. Juillet 1979, 101 (28) pp 4 569-4 573.

- 11 - FAGNIEZ P.L.
Critères de réintervention dans les états septiques succèdant à une laparotomie.
Journées lyonnaises de chirurgie digestive - Avril 1981, p 45.

- 12 - GEORGE C., MATAMIS D., CARLET J., SABATIER C., RAPIN M.
L'utilisation des tests cutanés explorant l'immunité céllulaire en réanimation.
Réanimation et Médecine d'urgence - 1979, pp 148-156.

- 13 - GERMAIN A., JULIEN M., FAGNIEZ P.L., HANNOUN S.
A propos des "Appendicectomies meurtrières".
Chirurgie 1979, 105 pp 506-507.

- 14 - GOUIN F., RAYBAUD F., AUFFRAY J.P., VIARD L.
Le traitement antibiotique au cours des péritonites aigues.
Ann. Anesth. Franç. 1978, 19 (11 et 12) pp 915-917.

- 15 - GROSDIDIER J., BOISSEL P.
Péritonites aigues.
E.M.C. 1971, 9 045, pp 10-20.

...

- 16 - GUILLAUME M. épouse VASSILAKIS

Intérêt de l'antisepsie péritonéale per et post-opératoire à l'aide d'une solution de polyvinyl pyrrolidone iodée dans les péritonites aigues (à propos de 175 cas).
Thèse Médecine - Paris n°245 - 1979.

- 17 - GUIVARCH M., HOUSSIN D., CHAPMAN A.
Cent péritonites généralisées post-opératoires.
Ann. Chir., 31 (11), pp 947-955 (bibliographie).

- 18 - HAU T., VAN HOOK E., SIMONS R., NAJARIAN J.
Prognostic factors of peritoneal infections in transplant patients (Anglais).
Surgery 1978 sept., 84 (3), pp 403-416.

- 19 - HAY J.M., DUCHATELLE P., ELMAN A., FLAMANT Y., MAILLARD J.N.
Les ventrés laissés ouverts.
Chirurgie, 1979, 105, pp 508-510.

- 20 - LEGER L., MOULLE P., CHICHE B.
Intérêt et indications de la Noxythioline dans les péritonites généralisées.
Ann. Anesth. Franç. XIX, 11 et 12, 1978, pp 899-902.

- 21 - MANELLI J.C., LALLEMAND J., KIEGEL P., ROUZAUD M. et PALAYRET D.
L'irrigation péritonéale post-opératoire dans les péritonites généralisées traitées en unité de réanimation.
Ann. Anesth. Franç. XIX, 11 et 12, 1978, pp 909-913.

- 22 - MARMOTTAN M.
Contribution à l'étude des irrigations péritonéales (10 cas).
Thèse Médecine - Marseille n°270 - 1978.

- 23 - MARTIN L.F., MAX M.H., POLK H.C.
Failure of gastric PH control by antiacids or cimetidine in the critically ill : a valid sign of sepsis.
Surgery, 1980, 88, pp 59-66.

- 24 - MARZE B.
Septicémie à bactéroïdes au cours des péritonites. Action préventive des nitro-imidazoles.
Thèse Médecine - Lyon - Mai 1980.

...

- 25 - MIGLIORI G., CODINACH F., MARSAN A. et INGLESAKIS J.
Résultats de l'utilisation de la Noxythioline au cours des péritonites aigues.
Ann. Anesth. Franç. XIX, 11 et 12, 1978.

- 26 - MONROZIES X.
Prévention des complications septiques de la chirurgie colique. Appréciation clinique de l'antibiothérapie prophylactique.
Thèse Médecine - Toulouse - 1978/1979.

- 27 - NECHA'I A., DROBOT V.
Lethality in post-operative peritonitis and the characteristics of its clinical diagnosis (Russe).
Vestn. Khin. 1979 Mars, 122 (3), pp 3-8.

- 28 - NEIDHARDT J.H., KRAFT F., MORIN A., ROUSSON B., CHARROUX B., ROUBIN M.
Le traitement "à ventre ouvert" de certaines péritonites et infections pariétales abdominales graves par le procédé de la "jupe plastique".
Lyon Chir. 1979, 75 (4) p 272-274.

- 29 - NEIDHARDT J.., ROUSSON B.
Péritonites aigues généralisées post-opératoires.
A.F.C. Actualités chirurgicales 79ème Congrès français de chirurgie.
1978, pp 141-149.

- 30 - NEWCOMER A., WAHNER H.
Gallium scan : clue to diagnosis of starch peritonitis (Anglais).
Clin. Nucl. Med. 1979 Nov., 4 (11), pp 465-467.

- 31 - PARC R., LUGNENC Ph., LEVY E., LOYGUE J.
Suites post-opératoires précoces des resections intestinales suivies d'anastomose colo-colique ou colo-rectale.
Manifestations cliniques et biologiques des complications anastomotiques, déductions thérapeutiques (523 cas).
Ann. Chir. 1981, 35 (2), pp 69-82.

- 32 - PELOUX Y.
Etude bactériologique des péritonites.
Ann. Anesth. Franç. XIX, 11 et 12, 1978, pp 895-897.

...

- 33 - POLAZHINETS M.N.
Early post-operative peritonitis (Russe).
Westn. Khin. 1979 february, 122 (2), pp 40-42.

- 34 - QUILICHINI F.
Aspects chirurgicaux du traitement anti-infectieux des péritonites aigues.
Ann. Anesth. Franç., 19 (11 et 12), 1978, pp 891-894.

- 35 - ROUSSON B.
Les péritonites aigues post-opératoires généralisées (80 cas).
Thèse Médecine - Lyon - janvier 1978 (bibliographie).

- 36 - SCHWAIGER M.
Post-operative peritonitis (Allemand).
Langenbecks, Arch. Chir., Novembre 1978, 347, pp 411-414.

- 37 - STOTHERT J.C., SIMONOWITZ D.A., DELLINGER E.P., FARLEY M., EDWARDS W.A., BLAIR A.D., CUTIER R., CARRICO C.J.
Randonized prospective evaluation of cimtidine and antiacid control of gastric PH in the critically ill (Anglais).
Ann. Surg. 1980, 192, pp 169-174.

- 38 - STREMMEL N.
Peritoneal drainage without antibiotics (Allemand).
Langenbecks Arch. chir. 1978 November, 347, pp 415-418.

- 39 - VERMYNCK J.
Quelques péritonites illustrées par l'exemple ou le savoir minimum garanti en chirurgie digestive (15 cas).
Thèse Médecine - Paris n°167 - 1979.

- 40 - ZYBINA M.A., KOROBKO V.B., KHA'ITMAN G.B.
Etiology, clinicale picture, and diagnosis of post-operative peritonitis in rectal cancer (Russe).
Vestn. Khir., 1980 May, 124 (5), pp 74-80.

°0°

Sommaire

Introduction .... page 4
Définition - Limites du sujet .... page 5
Observations .... page 7

Chapitre I - Données étiologiques .... page 121

I - FREQUENCE .... page 122
II - AGE - SEXE .... page 122
III - ETIOLOGIE GEOGRAPHIQUE .... page 126
IV- ANTECEDENTS .... page 126
V - ETIOLOGIE D'ORGANE .... page 129

A) *ETIOLOGIE NON TRAUMATIQUE* .... page 129

1 - *Digestif* .... page 129
2 - *Chirurgie gynécologique* .... page 130
3 - *Chirurgie biliaire* .... page 132
4 - *Pancréas* .... page 132
5 - *Appendicectomie* .... page 132
6 - *Divers* .... page 132

B) *ETIOLOGIE TRAUMATIQUE* .... page 132

1 - *Splénectomie* .... page 132
2 - *Colon* .... page 132
3 - *Estomac* .... page 132
4 - *Grêle* .... page 132

VI - INTERVENTION INITIALE .... page 134

A) *VOIES D'ABORD* .... page 134

B) *LE GESTE OPERATOIRE* .... page 135

1 - *Exploration simple - drainage* .... page 135
2 - *Défaut d'exploration ou mauvaise estimation des lésions* .... page 135

...

3 - *Sutures et anastomoses digestives*........ page 136
4 - *Splénectomie*........................ page 138
5 - *Cholecystectomie*.................... page 138
6 - *Pancréatectomie*..................... page 138
7 - *Hépatectomie et sutures hépatiques*....... page 138
8 - *Appendicectomie*..................... page 138
9 - *Divers*.............................. page 139

C) TYPE DE DRAINAGE.................................... page 139

D) ANTIBIOTHERAPIE POST-OPERATOIRE...................... page 139

CHAPITRE II - PATHOGÉNIE LOCALE........................ page 140

I - CAUSES DE LA PERITONITE POST-OPERATOIRE............ page 141

A) LACHAGE DE SUTURE.................................. page 141

1 - *Grêle*.............................. page 141
2 - *Estomac*............................ page 143
3 - *Duodénum*........................... page 143
4 - *Colon*.............................. page 143
5 - *Oeso-jéjunale*...................... page 143
6 - *Type d'anastomose ou de suture en cause*....... page 143

REMARQUES.. page 145

B) PERFORATIONS D'ORGANES................................ page 146

1 - *Grêle*.............................. page 146
2 - *Estomac*............................ page 146
3 - *Ulcères perforés*................... page 146
4 - *Colon*.............................. page 146
5 - *Duodénum*........................... page 146
6 - *Vésicule*........................... page 146
7 - *Utérus*............................. page 146

...

C) AUTRES CAUSES .... page 146

1 - *Abcès résiduels* .... page 146
2 - *Sans cause* .... page 146
3 - *Hémopéritoine surinfecté* .... page 147
4 - *Pariétite* .... page 147
5 - *Entérite nécrosante* .... page 147
6 - *Pancréatite* .... page 147
7 - *Péritonite du 5ème jour* .... page 147
8 - *Moignon cystique* .... page 147
9 - *Rupture d'hystérotomie* .... page 147

II - ETAT PERITONEAL .... page 148

III - PHYSIOPATHOLOGIE DES PERITONITES .... page 148

CHAPITRE III - DONNÉES CLINIQUES .... page 151

I - SIGNES GENERAUX .... page 152

1) *LA FIEVRE* .... page 152
2) *L'INSUFFISANCE RENALE* .... page 152
3) *LE CHOC SEPTIQUE* .... page 153
4) *INSUFFISANCE RESPIRATOIRE* .... page 153
5) *L'ICTERE* .... page 153
6) *SIGNES CARDIAQUES* .... page 154
7) *SIGNES PSYCHIQUES* .... page 154

II - SIGNES FONCTIONNELS .... page 156

1) *DOULEUR* .... page 156
2) *VOMISSEMENTS ET HYPERSECRETION PAR LA SONDE GASTRIQUE* ..... page 156
3) *ARRET DES MATIERES ET DES GAZS* .... page 156
4) *DIARRHEE* .... page 156
5) *HEMORRAGIES DIGESTIVES* .... page 156
6) *FISTULE DIGESTIVE* .... page 157

III - GROUPEMENTS SYMPTOMATIQUES .... page 157

...

1) CHOC ET INSUFFISANCE RENALE .... page 157
2) CHOC + ICTERE + INSUFFISANCE RENALE .... page 157
3) INSUFFISANCE RENALE ISOLEE .... page 157
4) INSUFFISANCE RENALE + ICTERE .... page 159
5) TEMPERATURE ISOLEE .... page 159
6) CHOC ISOLE .... page 159
7) ICTERE SEUL .... page 159
8) AUCUN DES 4 SYMPTOMES .... page 159
9) CHOC + ICTERE .... page 159

IV - SIGNES PHYSIQUES LOCAUX .... page 159

1) ECOULEMENT PAR LES DRAINS OU LA CICATRICE .... page 160
2) DEFENSE ET CONTRACTURE .... page 160
3) METEORISME ET DISTENSION ABDOMINALE .... page 160
4) PROBLEMES DE PAROI .... page 162
5) AUTRES SIGNES .... page 162

V - EXAMENS PARACLINIQUES .... page 162

1) PONCTION PERITONEALE .... page 162
2) SIGNES RADIOLOGIQUES .... page 163
3) L'ECHOTOMOGRAPHIE .... page 163
4) LE SCANNER ABDOMINAL .... page 164

VI - EXAMENS BIOLOGIQUES .... page 164

1) AZOTEMIE .... page 164
2) CREATININE SANGUINE .... page 164
3) L'EQUILIBRE ACIDO-BASIQUE .... page 164
4) LA POLYNUCLEOSE .... page 166
5) TAUX DE PROTHROMBINE .... page 166
6) LA GLYCEMIE .... page 166
7) BILIRUBINE .... page 168
8) TRANSAMINASES .... page 168
9) AUTRES FACTEURS .... page 168

CHAPITRE IV - DIAGNOSTIC DE LA P.P.O .... page 171

I - DIAGNOSTIC POSITIF .... page 172

...

II - PREMIER SIGNE ANORMAL .... page 1/2

1) COLLAPSUS .... page 173
2) L'HYPERTHERMIE .... page 174
3) L'OCCLUSION .... page 174
4) ECOULEMENT PAR LES DRAINS ET MEDIANE .... page 175
5) HYPERSECRETION PAR LA SONDE GASTRIQUE .... page 176
6) DEFENSE .... page 176
7) TROUBLES BIOLOGIQUES .... page 176
8) TROUBLES RESPIRATOIRES .... page 178
9) TROUBLES DE LA CONSCIENCE .... page 178
10) CONTRACTURE .... page 178

CONCLUSION .... page 178

III - LE RETARD AU DIAGNOSTIC .... page 180

CHAPITRE V - DONNÉES ÉVOLUTIVES .... page 184

I - EVOLUTION GLOBALE .... page 185

II - LES RECIDIVES DE PERITONITES .... page 185

III - EVOLUTION SELON L'ORGANE .... page 189

1) APRES CHIRURGIE COLIQUE .... page 189
2) GASTRO-DUODENAL .... page 189
3) GRELE .... page 189
4) GYNECOLOGIE .... page 189
5) APPENDICECTOMIE .... page 191

IV - EVOLUTION DES ANASTOMOSES ET SUTURES DIGESTIVES EN MILIEU SEPTIQUE .... page 191

A) ANASTOMOSES ET SUTURES FAITES AU COURS DES PERITONITES INITIALES .... page 191
B) RESECTIONS ANASTOMOSES EN MILIEU SEPTIQUE .... page 192
C) SUTURES LATERALES EN MILIEU SEPTIQUE .... page 193

1 - *Effectuées au cours de la première post-opératoire* .... page 193

...

2 - *Effectuées au cours des péritonites itératives* .... page 195

D) CONCLUSIONS .... page 196

1 - *Resection anastomoses en milieu septique.* page 196
2 - *Sutures latérales en milieu septique*..... page 196

V - EVALUATION DU PRONOSTIC .... page 198

1) LES TARES PRE-EXISTANTES ET LESIONS ASSOCIEES .... page 198
2) L'AGE .... page 199
3) LE SEXE .... page 199
4) L'ORGANE LESE .... page 201
5) DELAI DU DIAGNOSTIC .... page 201
6) ASSOCIATIONS SYMPTOMATIQUES .... page 202
7) BIOLOGIE .... page 202
8) TRAITEMENT CHIRURGICAL .... page 202

CHAPITRE VI - BACTÉRIOLOGIE .... page 203

I - LA FLORE PERITONEALE .... page 204

1) TYPE DE FLORE .... page 204
2) GERMES EN CAUSE .... page 204

II - HEMOCULTURES .... page 207

III - AUTRES PRELEVEMENTS .... page 209

IV - CAS PARTICULIERS - LES CANDIDOSES .... page 209

V - EVOLUTION DE LA FLORE EN CAS DE LAVAGE PERITONEAL ...... page 211

CHAPITRE VII - TRAITEMENT .... page 222

I - TRAITEMENT CHIRURGICAL .... page 223

...

A) LES INDICATIONS .... page 223
B) SIGNES CLINIQUES DE LA REPRISE .... page 224
C) REINTERVENTION POUR P.P.O .... page 226

1 - *Le délai après l'intervention* .... page 226
2 - *La voie d'abord* .... page 226
3 - *Le traitement des lésions* .... page 226

a) les stomies .... page 228
b) sutures latérales .... page 228
c) explorations simples ...... page 232
d) ectomies .... page 232
e) resections anastomoses .... page 232

4 - *Lavage péritonéal* .... page 232
5 - *Le drainage* .... page 233
6 - *La fermeture pariétale* .... page 233
7 - *Le problème du lavage péritonéal continu* ... page 236

II - TRAITEMENT MEDICAL .... page 237

A) CORRECTION DES TROUBLES METABOLIQUES .... page 237
B) TRAITEMENT ANTIBIOTIQUES .... page 238
C) TRAITEMENT DU CHOC .... page 239
D) LE TRAITEMENT DES HEMORRAGIES DIGESTIVES .... page 239
E) LE DEFICIT IMMUNITAIRE .... page 240
F) ETUDE PARTICULIERE DES GUERISONS .... page 240
G) RESULTATS .... page 241

III - PROCES .... page 242

IV - PERSPECTIVES D'AVENIR .... page 242

CONCLUSIONS .... page 245

BIBLIOGRAPHIE .... page 250

°0°